Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7id11853240

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

POITIERS, IMPRIMERIE DE F.-A. SAURIN.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

N° 1er.

Poitiers,

IMPRIMERIE DE SAURIN FRÈRES.

1835.

318332

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

INTRODUCTION.

En se constituant en société, les Médecins et les Pharmaciens de Poitiers ont voulu surtout s'éclairer les uns par les autres, faire tourner au profit de la science et de l'humanité la pratique ainsi que les études de chacun. Mais la médecine de notre département compte un grand nombre de praticiens instruits que la distance ou d'autres motifs tiennent éloignés de nos réunions, et nous sentons de quelle importance seraient pour nous leurs bienveillantes communications; nous devons donc chercher à répandre nos travaux au dehors, en même temps que nous sollicitons le concours de tous ceux qui auraient des recherches à nous transmettre, des faits nouveaux ou importants à faire connaître. C'est dans ce double but que nous avons cru devoir publier ce bulletin; il deviendra pour chacun des membres de la Société un mobile puissant de zèle et de louable émulation : nos faibles essais pourront exciter chez quelques-uns de nos lecteurs le désir d'appuyer ou de combattre les doctrines que nous aurons

émises, et de cette intéressante polémique ne manquera pas de naître une source féconde pour nos prochaines publications. Puissions-nous, par ces échanges mutuels, parvenir à présenter le tableau de la science médicale de nos contrées, pouvoir suivre la marche des épidémies, apprécier l'influence des constitutions médicales et des diverses méthodes de traitement !

Cette année, nous ne pouvions espérer d'aussi heureux résultats ; à peine organisés et abandonnés à nos seules ressources, nous ne prétendons que tracer la voie, et nous appelons à notre aide tous les amis de la science et de l'humanité.

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

Analyse des travaux de la Société pendant l'année 1835, *présentée par* M. Orillard, *secrétaire, dans la séance du* 1er *février* 1836.

Messieurs,

L'article 30 de notre règlement impose au secrétaire l'obligation de vous présenter, chaque année, le résumé de vos travaux, et c'est pour remplir ce devoir que je viens vous prier de m'accorder quelques instants d'attention.

Nous avons déjà donné de bien puissantes manifestations de notre existence sociale ; une souscription en faveur de M. *Thouret-Noroy* a été notre énergique protestation contre une bien fausse interprétation de la responsabilité médicale : une pétition adressée par nous à la Chambre des Députés a justement blâmé cette

spéculation du fisc qui assimile à des états manuels et de grossière industrie une profession toute de science et de dévoûment.

Enfin la section de médecine de la Société royale académique de Nantes nous ayant invités au grand œuvre de l'association médicale de l'Ouest, nous avons discuté, avec toute l'importance qu'elle méritait, cette grave proposition. Amis du progrès, nous avons pleinement adopté le principe de l'association, et c'est avec le plus vif regret que nous avons trouvé dans les moyens d'application un obstacle à notre adhésion actuelle. Espérons que ces difficultés pourront être levées, et qu'alors la médecine des départements de l'Ouest se constituera en un vaste corps scientifique, dont les divers éléments, sagement coordonnés, établiront entre eux de fréquentes et larges communications, et pourront, sans perdre leur individualité, concourir à une grande et féconde expression du mouvement intellectuel de nos provinces.

Une grave épidémie d'angine couenneuse est devenue le premier sujet de nos discussions. Déjà, depuis plusieurs mois, des cas assez nombreux, mais isolés, de cette affection, s'étaient manifestés à Poitiers et dans des localités voisines; déjà différentes communes de notre département avaient vu cette maladie prendre le caractère épidémique : vers les derniers jours de décembre 1834, ce terrible fléau frappa d'une manière non moins soudaine que meurtrière le bourg de St-Maurice ; les communications fréquentes de MM. Barot et Thiaudière, les voyages faits par quelques-uns des membres de cette Société dans cette malheureuse con-

trée, nous ont permis de suivre la marche et les différentes recrudescences de l'épidémie. Mais la même maladie avait désolé et désolait encore d'autres points de notre département ; il devenait important de réunir sur elle le plus de documents qu'il serait possible, et d'en tracer un historique non moins précieux pour la science que pour les praticiens qui auraient plus tard le malheur d'avoir à lutter contre de nouvelles invasions. Pénétrée de ces sentiments, la Société s'empressa d'adopter la proposition que j'eus l'honneur de lui faire, tendante à ce qu'une série de questions sur l'angine couenneuse fût adressée aux Médecins du département de la Vienne et de celui des Deux-Sèvres qui avaient eu occasion d'observer l'épidémie. De nombreuses circulaires ont été envoyées; et, joignant aux renseignements que nous recevrons ceux que nous possédons déjà, nous chercherons à résoudre les diverses questions proposées : ce sera l'objet d'une prochaine et spéciale publication.

L'angine couenneuse offrait de trop grandes analogies avec le croup, pour que cette dernière maladie ne devînt pas l'objet de nos méditations; aussi le mémoire de M. *Quotard* sur la nature du croup et les moyens de traitement qui doivent lui être opposés, a formé le texte d'une longue et intéressante discussion, dans laquelle chacun de nous a pu apporter le fruit de ses observations particulières.

M. Malapert nous a indiqué sa formule pour la préparation du sirop de pointes d'asperges, et a développé les théories et expériences à l'aide desquelles il est parvenu à perfectionner les procédés artificiels de la

congélation de l'eau, et à faciliter le transport de la glace pendant les plus fortes chaleurs.

Plusieurs faits importants de pratique nous ont été communiqués ; je citerai : 1° une opération de staphylôme et deux autres de chéiloplastie, par M. Gaillard ; 2° une espèce rare de rétrécissement de l'urètre et son heureux traitement, une affection singulière du système cérébro-spinal et l'influence des révulsifs dans ces sortes de maladies, par M. Thiaudière ; 3° une observation de pneumonie guérie par le tartre stibié à haute dose, bien qu'il semblât devoir être contre-indiqué par l'état de l'estomac, par M. Barrilleau ; 4° deux observations, l'une d'hydatides abdominales, l'autre de luxation du radius, par M. Pingault fils ; 5° deux vers tricharides, mâle et femelle, ainsi qu'une notice sur leur histoire naturelle, par M. Abribat ; 6° des expériences et observations sur les effets du rouissage, par MM. Gaillard et Grimaud.

Deux cas rares et bien remarquables d'anatomie pathologique se sont offerts à notre observation : la tumeur abdominale énorme de la femme *Martine*, et celle que nous a présentée plus récemment la petite Joséphine Poirier.

Enfin la syphilis et les scrofules ont été l'objet de longues discussions et d'intéressantes communications ; c'est sur la dernière maladie que M. Ribault nous a présenté un important travail.

Messieurs, dans ce résumé rapide, je n'ai pu retracer ce qui appartenait à chacun de nous ; trop heureux, si j'ai su présenter l'ensemble de vos travaux, et prouver que nous pouvions reporter avec quelque satisfac-

tion nos regards sur les essais de notre première année d'existence sociale. Poursuivons avec courage et constance; sachons faire concourir au développement de notre Société et nos études et notre pratique; sachons puiser dans nos réunions les moyens de rendre à notre profession la dignité et l'importance qu'elle doit avoir dans l'ordre politique et social, et alors nous pourrons être heureux et fiers d'avoir jeté les premiers fondements de la Société de médecine de Poitiers, et nous applaudir d'avoir poursuivi notre entreprise malgré les obstacles qui ne pouvaient manquer d'entraver son origine, mais qui ne pouvaient être que passagers et incapables de retarder longtemps la marche et les progrès de notre institution.

Poitiers, le 7 janvier 1836.

Le Secrétaire,

A. Orillard, D. M. P.

Questions sur la syphilis, proposées par la section de médecine de la Société royale académique de Nantes. — Rapport de la commission, et conclusions adoptées par la Société de médecine de Poitiers. (Brochure de M. Devergie.)

La Société de médecine de Poitiers, appelée à formuler son avis sur ces importantes questions, les a d'abord renvoyées à une commission nommée au scrutin, et composée de MM. Barilleau, Chevallier, de la Marsonnière, Quotard et Orillard. C'est au nom de

cette commission que M. Orillard a présenté le rapport suivant :

Messieurs,

La commission dont j'ai l'honneur d'être l'interprète s'est occupée du travail que vous lui avez confié, avec tout l'intérêt qu'il méritait ; elle a cherché à faciliter vos discussions, et attend de vos lumières le jugement de ses convictions et de ses doctrines : forte des documents qui ressortiront de la discussion, elle essaiera d'adresser à la Société de médecine de Nantes une réponse digne des graves questions qu'elle nous a soumises, et que nous énoncerons ainsi qu'il suit :

1re Question. Existe-t-il un virus vénérien ?

2e. Les symptômes véroliques peuvent-ils se rapporter au seul principe de l'irritation ?

3e. Doit-on compter principalement sur le traitement antiphlogistique pour guérir ces maladies ?

4e. Les inconvénients attachés à l'emploi du mercure doivent-ils être considérés comme bien plus graves et bien plus fréquents qu'on ne l'a pensé jusqu'à ce jour ?

Et d'abord existe-t-il un virus vénérien ?

Sans nous jeter dans des discussions plus ou moins difficiles et complètement oiseuses, puisqu'il s'agirait de caractériser un principe qui ne peut tomber sous nos sens et que nous ne connaissons que par ses effets, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître dans la production des maladies vénériennes une cause tout-à-fait spéciale, et c'est cette cause qui a reçu le nom de virus. Peut-être une argumentation minutieuse ferait-

elle admettre que cette cause, ne manifestant pas dans ses effets l'identité qui résulte ordinairement de l'action des virus, est mal désignée par le nom de virus, et serait mieux représentée par celui de *vice vénérien*. Quoi qu'il en soit, il est certain que l'individu entaché de maladie vénérienne peut communiquer une matière éminemment contagieuse, laquelle se transmet par la voie de l'absorption, lorsqu'une surface muqueuse ou la peau accidentellement excoriée sont mises en contact avec la partie malade; alors le point de contact devient souvent le siége de symptômes locaux et comme un centre d'irradiation pour des symptômes secondaires. Dans quelques cas, nulle manifestation locale ne s'est opérée, et cependant des symptômes généraux apprennent plus tard qu'un principe délétère s'est introduit dans l'économie.

Comme tous les principes contagieux, le vice vénérien n'est point et ne saurait être nécessairement et toujours transmissible. La transmission ne peut se faire que dans le cas de dispositions individuelles déterminées; et de ce que certaines personnes, heureusement privilégiées, se montrent réfractaires à l'action du virus vénérien, on ne peut nier son existence. Il faudrait nier tous les virus, s'ils devaient être convaincus de nullité par ces anomalies qui nous sont également offertes par la peste, la variole, la vaccine, etc.

Indépendamment des faits pratiques nombreux et journellement observés qui nous font admettre l'existence du virus vénérien, nous voyons notre conviction fortifiée par l'assentiment de presque tous les auteurs qui ont écrit sur cette maladie, et par les opi-

nions bien arrêtées et nettement professées par nos premiers praticiens.

2e Question. Les symptômes véroliques peuvent-ils se rattacher au seul principe de l'irritation ?

Si l'irritation était la seule cause de ces symptômes, nous devrions voir une concordance parfaite entre la cause et l'effet; les symptômes se montreraient toutes les fois que l'irritation existerait, et réciproquement ces symptômes ne pourraient exister sans être accompagnés de cette même irritation. Or, admettre de pareilles conséquences, ce serait méconnaître l'évidence. Les irritations des parties génitales ne proviennent pas toujours d'un rapprochement impur; elles peuvent être déterminées par des corps irritants mécaniques ou chimiques, par différents excès. Divers symptômes locaux résultent de ces causes; et, quelle que soit l'inflammation qui les accompagne, nous ne voyons jamais ces désordres devenir le point de départ d'affections constitutionnelles. En second lieu, ne voyons-nous pas souvent se développer tout le cortége des symptômes vénériens consécutifs, sans qu'il ait existé une irritation bien évidente?

L'irritation n'existe pas toujours, et lorsqu'elle existe, elle n'est pas constamment en rapport avec les symptômes dont elle ne serait que le point de départ, d'après la théorie de l'irritation appliquée à ces maladies. Et lorsque de longues années se sont écoulées après lesquelles surgissent des symptômes plus ou moins graves et toujours identiques dans leur mode d'invasion, leur marche, leur progrès, leur mode de traitement, peut-on nier l'influence d'un même principe tout-à-fait spé-

cial, et qui, ayant une fois infecté l'économie, peut rester caché plus ou moins longtemps, mais ne disparaît le plus ordinairement que par l'emploi méthodique de moyens appropriés? Sans doute, l'irritation joue un grand rôle dans la production et le développement des symptômes vénériens, tant primitifs que consécutifs; mais elle ne peut en être considérée comme l'unique cause. Les partisans les plus exclusifs de la doctrine de l'irritation sont forcés d'admettre pour la syphilis une irritation spécifique; eh bien, c'est cette spécificité de l'irritation que nous croyons devoir rattacher à la nature même de la matière qui propage la vérole.

3e Question. Doit-on compter principalement sur le traitement antiphlogistique pour guérir la syphilis?

Ayant admis, comme une vérité bien démontrée et prouvée par l'expérience, que l'irritation n'était qu'une complication de cette maladie, qu'elle n'en était pas la cause productrice, nous sommes naturellement amenés à cette conclusion, que les antiphlogistiques peuvent être avantageux pour modifier les symptômes, mais ne sauraient suffire pour amener une cure radicale, puisqu'ils sont sans action sur le principal élément de la maladie; et à cette cause particulière il faudra opposer une médication spéciale. Ce résultat que nous fait pressentir la déduction rigoureuse de nos principes, est confirmé par l'autorité de faits aussi authentiques que nombreux. Si l'on voit disparaître quelques symptômes primitifs par l'emploi des antiphlogistiques, il en est un grand membre qui n'en éprouvent aucun effet, ou qui ne sont que faiblement modifiés, et quelquefois même s'exaspèrent, sans que ces mêmes moyens paraissent

être d'aucune utilité. Dans le cas même de la disparition des symptômes sous l'influence d'un semblable traitement, la maladie n'est souvent que palliée, et des recrudescences bien graves apprennent tôt ou tard que le germe du mal n'a pas été complètement détruit. Si, dans certains cas de syphilis constitutionnelle, les antiphlogistiques apportent un soulagement marqué, le plus souvent ils ne peuvent amener la disparition des symptômes; ou, si ce résultat est obtenu, la guérison n'est pas complète, comme l'attestent de trop nombreuses récidives. D'ailleurs, dans un grand nombre de ces affections, on voit les symptômes, loin de s'amoindrir, s'exaspérer pendant l'emploi des antiphlogistiques, et ne céder qu'aux moyens spécifiques. Ces observations, communes à tous les praticiens, se trouvent corroborées par des faits aussi positifs que concluants, présentés par l'un des membres de la commission. En 1826, M. Quotard se trouvait *à Angoulême* avec le régiment auquel il était attaché. Les militaires atteints d'affections vénériennes étaient envoyés à Rochefort, et là ils étaient traités par la méthode antiphlogistique. Ils revenaient en apparence guéris, mais ils ne tardaient pas à présenter de nouveaux symptômes vénériens, bien qu'ils affirmassent ne s'être pas exposés à une nouvelle infection. On ne les crut pas sur parole, et l'on chercha à s'assurer s'il y avait réellement récidive. Sitôt qu'ils arrivaient de Rochefort, on les examinait avec le plus grand soin; et lorsqu'on ne découvrait aucun symptôme, on les surveillait avec le plus grand soin pendant quinze jours. Plusieurs d'entre eux présentèrent des symptômes dus à une récidive.

Les antiphlogistiques n'avaient donc produit qu'une guérison apparente. De ces faits et de beaucoup d'autres semblables, nous concluons que les antiphlogistiques seuls ne peuvent guérir la syphilis, et ne doivent entrer dans le traitement de cette maladie que comme moyens accessoires et souvent nécessaires pour préparer le malade aux médications spéciales.

4° Les inconvénients attachés à l'emploi du mercure doivent-ils être considérés comme bien plus graves et plus fréquents qu'on ne l'a pensé jusqu'à ce jour ?

Le mercure est réellement un des meilleurs moyens que l'on puisse opposer aux maladies vénériennes ; mais, comme tout médicament actif, il demande à être administré avec discernement et avec les plus grandes précautions. Les inconvénients qu'on lui reproche sont dus le plus souvent à son emploi intempestif ou mal dirigé, aux imprudences du malade, à la mauvaise préparation du médicament, ou enfin à certaines idiosyncrasies. Le mercure rencontre dans quelques constitutions des antipathies plus ou moins prononcées ; certains malades ne peuvent supporter l'ingestion des moindres doses de mercure, sous quelque forme que ce soit, et alors il faut savoir le remplacer par une autre médication. Appelés seulement à nous prononcer sur l'emploi du mercure, nous ne devons pas ici entrer dans le détail des autres médications qui sont également employées avec succès contre les maladies vénériennes. Ce n'est pas non plus le lieu d'établir toutes les indications et contre-indications de l'emploi du mercure ; nous devons nous borner à quelques réflexions. Avant de l'employer, on est souvent obligé de combattre certaines complications ;

on doit essayer le mode d'administration le plus convenable à la constitution du sujet, à la forme ainsi qu'à la durée de la maladie. Le mercure seul est souvent sans effet ou même nuisible, et associé à diverses substances il détermine promptement la guérison. Si, malgré ces diverses précautions, le mercure produit des accidents, il est facile d'y remédier, et ces inconvénients ne peuvent être mis en balance avec la gravité des désordes que ce médicament guérit ou prévient dans le plus grand nombre des cas. Attaché pendant une année, en qualité d'élève interne, au service de l'hôpital des vénériens de Paris, j'ai souvent vu administrer et administré moi-même les diverses préparations mercurielles, et je n'ai jamais observé par leur emploi des accidents bien fâcheux, toutes les fois qu'on a su en user avec prudence. Les inconvénients que l'on a coutume de rapporter au mercure nous semblent donc devoir être moins attribués au médicament lui-même qu'à sa mauvaise administration, et une observation trop partiale a voulu rejeter sur ces préparations, des complications qui reconnaissent toute autre cause. Autant nous déplorons le mal qu'a fait le mercure, lorsque existait la malheureuse *méthode de la salivation*, autant nous regardons comme efficace et peu dangereux le mercure administré d'après la méthode suivie par la plupart des praticiens de nos jours.

Messieurs, là se termine notre tâche. Nous avons résolu, d'après notre expérience et nos convictions, les questions qui nous étaient soumises; nous appelons sur elles votre discussion éclairée, et vous aurez en-

suite à exprimer votre opinion sur chacune des conclusions que nous avons admises ; ce sera le résultat de vos suffrages que nous donnerons à la Société de Nantes, pour remplir le but qu'elle s'est proposé dans sa circulaire, sur quelques points importants de l'étude des maladies syphilitiques.

Ont signé :

Le rapporteur de la commission,

A. Orillard, d. m. p.

Les membres de la commission,

MM. Barilleau, de la Marsonnière, Chevallier et Quotard.

La Société de médecine de Poitiers a adopté sans discussion et sans restriction les réponses proposées pour les deux premières et la quatrième questions. La troisième conclusion, relative à l'influence des antiphlogistiques sur les maladies vénériennes, est devenue le sujet d'une assez longue discussion, à laquelle ont pris part plusieurs membres de la Société. Nous allons présenter le résumé des principales opinions.

D'après M. Gaillard, les affections vénériennes primitives peuvent être souvent guéries par les antiphlogistiques ; ces mêmes moyens ne sont pas sans effet avantageux sur un grand nombre d'affections vénériennes consécutives ; et enfin, dans des cas de syphilis assez multipliés, les antiphlogistiques peuvent être exclusivement employés et procurer une cure radicale.

M. Piorry rappelle que les antiphlogistiques appliqués aux maladies vénériennes n'agissent pas de la

même manière dans tous les climats. Chez les peuples du Nord, ils sont presque sans effet ; et chez les méridionaux, ils produisent des guérisons non moins sûres que rapides. Dans les climats tempérés, ils ne constituent en général qu'un moyen accessoire de médication, et ne peuvent suffire pour la guérison complète des accidents vénériens.

M. Ribault cite, à l'appui de l'emploi des antiphlogistiques, l'observation d'un individu qui a éprouvé seize affections primitives, lesquelles ont été uniquement traitées et guéries par les antiphlogistiques.

M. Jolly demande si des affections si nombreuses chez le même sujet n'attestent pas des récidives et l'insuffisance des moyens curatifs employés, plutôt qu'elles ne prouvent en faveur de la méthode antiphlogistique.

M. Arlin rapporte l'observation d'une malade chez laquelle les symptômes vénériens primitifs avaient promptement disparu sous l'influence de ces mêmes moyens antiphlogistiques : six mois après se firent sentir des douleurs de tête très-vives, et avec le caractère qu'elles offrent dans ces maladies ; rebelles à tous les moyens ordinaires de traitement, tels qu'antiphlogistiques, révulsifs, etc., elles furent promptement guéries par l'emploi des préparations mercurielles à des doses très-légères. Si les antiphlogistiques font quelquefois disparaître les symptômes primitifs, ils ne mettent pas toujours le malade à l'abri des symptômes secondaires ; et contre ces derniers accidents, ils ne peuvent être le moyen exclusif de traitement, et les préparations mercurielles doivent être nécessairement employées.

M. de la Marsonnière pense que l'influence des anti-

phlogistiques sur les maladies vénériennes serait aisément appréciée, s'il était possible d'établir une délimitation précise entre les symptômes réellement syphilitiques et ceux qui ne sont que génitaux. La science n'est pas assez avancée pour poser cette distinction, et cette double origine des accidents explique suffisamment pourquoi certains d'entre eux cèdent facilement aux antiphlogistiques, tandis que d'autres exigent l'emploi des préparations mercurielles. Là où il n'y aura qu'irritation, les premiers moyens devront réussir ; là où une cause spéciale existera avec ou sans l'irritation, des moyens spéciaux seront nécessaires.

M. Pingault fils regarde comme incontestables les avantages des antiphlogistiques contre la syphilis, mais il a vu souvent des symptômes vénériens résister à leur emploi. Il conseille de commencer le traitement de ces maladies par l'emploi des antiphlogistiques, et de n'avoir recours aux mercuriaux que dans les cas où les premiers se montrent insuffisants. Il cite le fait d'une douleur frontale, d'origine vénérienne, contre laquelle les antiphlogistiques étaient demeurés sans effet, et qui céda promptement à l'influence des mercuriaux.

M. Quotard insiste sur la nécessité d'une médication spécifique et l'utilité des mercuriaux ; il ne considère les antiphlogistiques que comme des moyens purement palliatifs.

M. Barilleau rapporte que dans une visite faite par lui, il y a un an environ, à l'hôpital de *Niort*, M. *Vernhes* lui a montré plusieurs individus atteints d'affections vénériennes consécutives, à la suite de sym-

ptômes vénériens primitifs, contre lesquels on n'avait employé que les antiphlogistiques.

M. Orillard demande et obtient la parole, non plus comme rapporteur de la commission, mais comme membre de la Société. Dans le rapport, il n'a dû qu'exprimer l'opinion de la majorité; et, dans le cours de la discussion, il devait défendre les conclusions adoptées par cette même majorité. Sa conviction personnelle est plus favorable aux antiphlogistiques que ne l'a été celle de la commission. Il s'appuie sur des faits journellement observés pour admettre que, dans un certain nombre de cas, les antiphlogistiques peuvent suffire pour guérir les maladies vénériennes primitives, et apporter une diminution notable dans les accidents consécutifs; le plus souvent, ils forment le complément indispensable des médications spécifiques. Il pense donc que les antiphlogistiques doivent mériter une mention honorable parmi les moyens de traitement opposés aux maladies vénériennes, et appuie l'amendement que M. Gaillard a voulu faire apporter dans ce sens à la troisième conclusion adoptée par la commission. Cet amendement est mis aux voix et rejeté. La Société adopte la réponse de la commission.

La Société de médecine de Poitiers a été une seconde fois appelée à s'occuper des maladies vénériennes, à l'occasion de la brochure que lui avait adressée M. Devergie, ainsi qu'à toutes les Sociétés médicales, et dont les principes ont été largement développés et soutenus par l'auteur au sein du Congrès médical de Nantes. Cette brochure est intitulée ainsi qu'il suit : *Recherches historiques et médicales sur l'origine, la nature et le*

traitement de la syphilis. Une commission, composée de MM. Arlin, Quotard et Pingault, a été nommée au scrutin et chargée de l'examen de cette communication. Dans son rapport, M. Pingault, après une analyse succincte et exacte du travail de M. Devergie, a donné l'opinion de la majorité de la commission sur les doctrines professées par cet estimable auteur.

La commission a pensé à l'unanimité, et comme l'avait avancé M. Devergie, que la syphilis n'a pas d'autre origine que le libertinage, la débauche, l'abus des plaisirs de l'amour, la malpropreté, la prostitution. Elle a pensé aussi que de semblables abus peuvent, sous l'influence de quelques circonstances, telles qu'un climat brûlant, l'usage excessif des boissons stimulantes, produire des effets d'une force nouvelle et d'une plus grande intensité.

La majorité de la commission a reconnu que la maladie vénérienne dépendait d'une cause spéciale; mais, relativement à la nature de cette cause, elle ne met pas plus d'importance à croire à l'existence d'un virus qu'à celle d'un principe contagieux.

Enfin, elle a pensé que si, dans un certain nombre de cas de maladies vénériennes, au début, ou de peu d'intensité, on se trouvait bien de l'emploi des antiphlogistiques, on devait le plus souvent avoir recours aux médicaments auxquels l'expérience a fait reconnaître des propriétés spécifiques.

La Société, votant sur ces conclusions, admet que l'origine de la syphilis doit encore être considérée comme incertaine; et quant à sa nature et aux moyens thérapeutiques qu'elle réclame, elle s'en réfère à ses

premières délibérations, telles qu'elles ont été relatées précédemment.

Staphylôme partiel de la cornée. — Excision. — Conservation de la cornée transparente. — Par M. le docteur Gaillard.

La membrane transparente qui forme le segment antérieur du globe oculaire est susceptible d'éprouver une distension, avec altération de son tissu, à laquelle on a donné le nom de staphylôme. Je n'entrerai dans aucun détail sur les causes et le mode de formation de cette maladie, qui s'explique d'ailleurs par un ramollissement avec hypertrophie de la membrane. Le staphylôme occupe ordinairement toute l'étendue de la cornée transparente, plus rarement il n'en occupe qu'une portion ; dans ce dernier cas il a reçu le nom de *staphylôme partiel.*

Le staphylôme partiel se caractérise par une tumeur arrondie ou conique, d'un gris bleuâtre, solide, nacrée, sur laquelle se ramifient quelques vaisseaux flexueux. Cette tumeur, dont le volume peut égaler celui d'une noisette, est formée par la cornée transparente devenue opaque et saillante dans une portion plus ou moins considérable de son étendue : le reste de cette membrane conserve sa transparence ordinaire.

Cette tumeur, outre sa difformité, détermine des douleurs continuelles, une irritation permanente de la conjonctive et des paupières qu'elle refoule ; elle tend

à envahir graduellement la portion saine de la cornée, et à détruire l'organe de la vue.

Les professeurs Scarpa, Boyer, Jules Cloquet, Weller de Dresde, *Fabini* de l'université hongroise, etc., ont considéré cette affection comme incurable, et pouvant entraîner souvent la suppuration et la perte de l'œil. M. le professeur *Flarer*, de Pavie, dans un mémoire publié en 1829, a fait connaître le premier un moyen d'obtenir une guérison solide de cette maladie en conservant l'organe important qu'elle affecte. Ce mémoire a été brièvement indiqué par M. *Billard*, d'Angers, dans une note qu'il a jointe à sa traduction de l'ouvrage de Lawrence.

« Ne connaissant aucun moyen de guérison, j'ai eu recours, dit l'auteur, à l'excision partielle de la cornée altérée et adhérente à l'iris, dans le dessein de conserver la portion encore transparente, et de me ménager le moyen de faire plus tard une pupille artificielle.

» Je craignais bien, comme l'a dit Richeter, que la plaie faite à la cornée ne restât béante, ou bien que l'adhérence de l'iris au cristallin ne produisît l'atrophie du bulbe, ou bien que l'inflammation consécutive ne produisît l'opacité de la cornée ; malgré ces craintes, l'opération a parfaitement réussi. »

J'ai eu occasion d'appliquer avec succès la méthode de M. *Flarer ;* c'est l'observation que je désire faire connaître :

C., âgé de 10 ans, d'une constitution scrofuleuse, a été affecté depuis plusieurs mois d'une ophthalmie presque toujours négligée ou mal traitée.

Le 7 juillet 1832, l'œil droit présente une tumeur

conoïde, grisâtre, opaque, saillante entre les paupières qu'elle refoule, ayant le volume d'un pois vert. Il ne reste guère que le quart externe et supérieur de la cornée transparente ; à travers cette portion on aperçoit la pupille dilatée et tiraillée du côté de la tumeur. Les collyres astringents et plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent ont été employés sans succès.

L'enfant étant maintenu par un aide qui soulève la paupière supérieure, je saisis avec une pince double érigne le sommet de la tumeur, et je l'excise d'un seul coup avec le couteau à cataracte de Beer. La portion enlevée forme un lambeau de quatre lignes de diamètre, et laisse une large ouverture béante à travers laquelle on aperçoit l'intérieur du globe oculaire. Le malade a peu souffert : il s'écoule une petite quantité de l'humeur vitrée.

L'œil est fermé au moyen de bandelettes agglutinatives, et d'un bandage que l'on arrose d'eau fraîche toutes les demi-heures.

Le lambeau enlevé est formé d'un morceau de cornée grisâtre et opaque : l'iris lui adhère intimement dans toute l'étendue de sa face postérieure.

Jusqu'au 16 juillet, le petit malade ne souffre point et n'éprouvre pas de fièvre : on laisse le bandage.

Le 16 juillet, la plaie est réduite à l'étendue d'une lentille.

20 juillet. Le malade est toujours très-bien. La plaie n'offre plus que le diamètre d'un grain de chènevis.

25. La plaie est entièrement cicatrisée : elle s'est fermée par le rapprochement de ses bords que l'on voit froncés.

15 août. Une tache grisâtre marque la place de la tumeur : l'œil a conservé sa forme et son volume ; toute la partie intacte de la cornée transparente a été conservée. L'enfant distingue la lumière comme avant l'opération. Si l'autre œil devenait malade, on pourrait faire une pupille artificielle de ce côté.

Il est évident que l'opération pratiquée au début de la maladie, et lorsque la moitié ou les deux tiers de la cornée étaient encore intacts, eût obtenu un succès complet.

Note sur la chéiloplastie, suivie de deux observations, par M. le docteur Gaillard.

Bien souvent l'homme de l'art se trouve forcé d'employer comme dernière ressource l'ablation des parties dont la désorganisation compromet la vie du malade ; d'autres fois, des blessures et diverses affections, telles que l'anthrax, la pustule maligne, le tubercule scrofuleux, la syphilis, etc., déterminent la destruction de nos organes.

C'est surtout au visage que ces pertes de substance deviennent une cause de difformité. La peau, tendue par les éminences osseuses sous-jacentes, ne peut se rapprocher et prêter assez pour remplir le vide et réparer les parties détruites. Beaucoup de malheureux ainsi défigurés deviennent à charge à eux-mêmes et à la société qui les repousse.

Dans ces dernières années, plusieurs chirurgiens ont inventé divers procédés pour réparer ces pertes de

substance : c'est ce qu'on appelle chéiloplastie. Nous devons faire observer que chaque circonstance demande en quelque sorte un procédé nouveau, à cause de la diversité des cas et de la conformation variée des parties sur lesquelles on opère.

Un autre avantage se trouve encore attaché à cette nouvelle méthode : c'est de hâter la guérison des plaies qui résultent de l'ablation des parties cancéreuses, et de prévenir la récidive. Depuis longtemps on avait remarqué que la réunion par première intention offrait de précieux avantages dans ces circonstances; et récemment, M. Martinet a clairement formulé cette doctrine dans la *Gazette médicale*, et donné des observations à l'appui.

On peut, je crois, se rendre compte de la récidive plus fréquente des cancers lorsque la plaie a longtemps suppuré, 1° par l'irritation avec afflux des liquides qui se perpétue dans des parties déjà prédisposées au cancer; 2° par la formation d'un tissu dense, fibreux, auquel le célèbre *Delpech* a donné le nom d'inodule.

La chéiloplastie réunit donc deux grands avantages: réparation aussi complète que possible de la difformité, et sécurité pour la guérison. Ce double motif nous a engagés à la mettre en usage dans les cas suivants :

Observation Ire. — *Cancer au nez : rhinoplastie. — Guérison.*

La veuve Magnan, de Chaunay, âgée de 63 ans, portait depuis dix ans, sur l'aile droite du nez, un petit bouton qui, fréquemment excorié, a commencé

à s'accroître et à s'ulcérer, il y a dix mois, sous l'influence de topiques irritants.

Le 10 septembre 1835, un ulcère ovale, d'un pouce et demi de diamètre, s'étend du bord de la narine à la paupière inférieure; sa base épaisse et squirreuse forme une tumeur dure qui fait saillie dans l'intérieur de la cavité des fosses nasales.

On cerne circulairement la tumeur et on l'enlève avec toutes les parties affectées : toute la moitié droite du nez est enlevée; l'os propre du nez est mis à découvert dans une partie de son étendue, et la fosse nasale est largement ouverte.

Un lambeau de forme convenable est taillé dans la peau de la partie antérieure du front; il est disséqué, renversé et fixé aux lèvres de la solution de continuité, au moyen de sept points de suture entortillée. Les bords de la plaie du front sont rapprochés par trois points de suture enchevillée. — Pansement simple.

17 septembre. Le lambeau est partout réuni par première intention : on enlève les points de suture. La plaie du front est en voie de cicatrisation.

1er octobre. On applique une ligature à la base du pédicule qui réunit encore le lambeau collé sur le nez à la peau du front, afin d'activer la circulation supplémentaire à travers le tissu de la cicatrice qui unit ce lambeau aux bords de la solution de continuité.

8 octobre. On excise le pédicule tant du front que du côté du nez.

15 octobre. La malade retourne chez elle entièrement guérie; l'ulcère cancéreux n'a point reparu, et la difformité est peu considérable.

Cette opération a présenté deux circonstances utiles à noter :

1° La circulation était si bien établie à travers la cicatrice, vingt-huit jours après l'opération, que lors de l'excision du pédicule une hémorrhagie assez abondante a eu lieu par le point où il tenait au lambeau, et nous devons nous rappeler que ce pédicule était le seul point de communication laissé entre le lambeau et les parties auxquelles il avait été enlevé.

2° Le lambeau qui, au moment de son application, était uni, aplati et bien suffisamment large, s'est plus tard recoquillé sur lui-même, de manière à devenir convexe et à retirer vers lui les parties auxquelles il adhérait. Cet accident, déjà observé dans plusieurs observations du même genre, a été attribué à la rétraction des fibres musculaires comprises dans le lambeau. Nous ne pouvons admettre cette explication : il nous est difficile de croire que des fibres musculaires séparées de leurs points d'insertion puissent avoir une grande force de rétraction ; et en outre, sur la ligne médiane du front où l'on a emprunté le lambeau, les fibres de l'occipito-frontal sont à peu près nulles. Cette sorte de contraction du lambeau doit certainement être produite par la formation d'une cicatrice et d'un tissu inodulaire rétractiles, qui ont lieu sur la face interne du lambeau, parce qu'elle est à nu dans l'intérieur de la cavité nasale et ne peut aussi se réunir par première intention.

Ulcère cancéreux à la face. — Ablation.

La veuve Perrochon, âgée de 75 ans, porte sur le

côte droit du dos du nez une ulcération cancéreuse, arrondie, de dix lignes de diamètre. Cette affection est survenue spontanément, et a débuté, il y a environ quinze mois, par un petit bouton qui s'est rapidement ulcéré et agrandi.

La surface grisâtre, inégale, fongueuse de la plaie, sa base squirreuse, ne laissent aucun doute sur la nature du mal, bien qu'il ne détermine aucune douleur.

Le 30 octobre 1835, la tumeur ulcérée est cernée par quatre incisions en carré et jusqu'au périoste de l'os propre du nez auquel elle adhère, sans cependant qu'il y ait altération de l'os.

Les deux incisions parallèles, supérieure et inférieure, ont été prolongées à droite d'un pouce, à gauche d'un demi-pouce, et les deux lambeaux compris entre elles, détachés des parties sous-jacentes, de telle sorte qu'une légère traction a suffi pour les affronter.

Ces deux lambeaux, recouvrant ainsi la plaie, ont été réunis par deux points de suture entortillée, et soutenus par un bandage unissant et compressif.

Ce procédé de chéiloplastie a l'avantage de ne produire qu'une très-légère difformité, puisqu'il n'y a point de pédicule tordu, mais seulement une sorte de rapprochement des lèvres de la plaie.

25 novembre. La guérison est complète, la difformité nulle, la cicatrice très-peu étendue.

Acéphalocystes développées dans l'abdomen et sorties par l'ombilic. — Guérison. — Observation communiquée par M. Pingault fils, docteur-médecin.

Mme veuve R...., âgée de 45 ans, d'un tempérament sanguin, habituellement bien réglée, souvent affligée de graves chagrins, conserve depuis 10 ans le ventre tuméfié et douloureux, surtout à l'hypocondre droit; cet état de l'abdomen s'est manifesté quelque temps après la dernière couche de la malade, et s'est graduellement développé. En décembre 1834, Mme R.... présenta tous les symptômes d'une péritonite partielle, non moins dangereux par leur intensité que par leur acuité; une application de sangsues et les topiques émollients firent promptement disparaître ces accidents, et l'abdomen resta tuméfié comme à l'ordinaire, sans que les fonctions des organes digestifs fussent dérangées.

Vers la fin du mois d'avril 1835, l'ombilic devient plus saillant, et laisse écouler par son orifice une quantité plus ou moins considérable de sérosité. Le ventre, toujours aussi volumineux, devient plus souple, et l'état général de Mme R.... est meilleur.

Le 15 juin, l'écoulement a complètement cessé; la malade est affaiblie, souffre du ventre et se voit forcée de garder le lit. Appelé auprès d'elle, le 21 juin, je trouve une substance molle et membraniforme sortant par l'ombilic : la plus légère traction a suffi pour la déchirer; elle est sortie sans douleur pour la malade. Le même jour, cette dernière s'étant levée et ayant fait quelques pas, il s'est tout-à-coup échappé par l'om-

bilic un demi-litre environ d'un liquide d'un jaune verdâtre, et d'une consistance semi-purulente; aucune douleur ne s'est manifestée, et l'ombilic présente une nouvelle bande qui retombe sur le ventre et cède au plus léger effort; jetée dans l'eau, elle se déploie sous forme d'une membrane blanche, presque transparente.

Dès lors le ventre devient moins volumineux, plus souple; ce n'est qu'en pressant sur l'hypocondre droit que l'on fait naître la douleur. Lorsque la malade se remue dans son lit, elle fait refluer par l'ombilic une petite quantité de liquide; cet orifice présente une ouverture du diamètre d'un tuyau de plume, à bords adhérents et rouges. Après quelques jours d'interruption, l'écoulement reparaît tellement considérable, que la malade est sans cesse inondée malgré les linges nombreux qu'elle renouvelle souvent; le sommeil et l'appétit ont diminué, les mouvements sont moins faciles; la tumeur de l'hypocondre droit est très-dure et fort douloureuse au toucher.

Du 24 au 27 juillet, il ne s'échappe qu'une faible quantité de liquide par l'ombilic; un petit paquet de membranes, d'abord distendu par la sérosité et bientôt affaissé après sa rupture, remplit l'orifice de l'anneau et laisse entre lui et les bords de l'ouverture dilatée suinter quelquefois un peu de sérosité purulente. Ce paquet répand une odeur que l'on peut comparer à celle des lochies.

Les fonctions digestives se faisaient avec régularité, et le faciès annonçait plutôt de l'étonnement qu'un sentiment de souffrance et d'inquiétude. Cependant la malade désirait être guérie; MM. Bas et Bonnet

furent appelés en consultation. D'accord sur la cause de l'affection et sur la nécessité de suivre la route déjà indiquée par la nature, nous exerçâmes des tractions méthodiques sur les membranes dans le sens de la tumeur, et nous parvînmes ainsi à extraire six onces de ces membranes, lesquelles étaient formées de plusieurs feuillets se détachant avec facilité les uns des autres, et répandaient la même odeur que le liquide qui suintait habituellement par l'ombilic. Leur sortie a été suivie de celle d'un flot de liquide purulent et de deux hydatides entières, offrant chacune le volume d'une grosse aveline. Ces hydatides étaient molles, transparentes, distendues par un liquide incolore; la membrane qui formait l'enveloppe de chacune d'elles était moins épaisse que celles du paquet membraniforme, mais elle était comme elles d'un blanc jaunâtre. Pendant l'extraction des membranes, la malade a souffert, le teint a pâli et le pouls a faibli; cependant il n'y a pas eu de syncope. Pour prévenir le danger de l'évacuation complète et trop brusque du kyste, nous avons fermé l'ouverture de l'anneau au moyen d'un linge fenêtré et d'un plumasseau de charpie, enduits de cérat, le tout maintenu par un bandage de corps.

Pendant toute la nuit, les souffrances ont continué; le pus a coulé en abondance; il s'est développé peu de fièvre, et la malade a pris un bouillon.

Le lendemain, 28 juillet, le ventre est inondé de pus; l'ouverture ombilicale est rétrécie de moitié et présente son bord mou et plissé; l'abdomen est affaissé, et la tumeur est toujours sensible au toucher, mais moins volumineuse et moins douloureuse.

Pour faciliter l'évacuation de la matière purulente et prévenir les accidents inflammatoires, on pratique matin et soir des injections avec une décoction d'orge rouillée; une bande de linge effilée et enduite de cérat est introduite et maintenue dans l'orifice ombilical; la malade prend deux bouillons et deux potages chaque jour; le 3 août, l'ouverture est presque fermée et l'on cesse l'introduction de la mèche; les jours suivants, la malade éprouve du dévoiement et quelques coliques.

Le 15 août, elle peut se lever et faire quelques pas; la convalescence s'est affermie, et Mme R... a pu reprendre bientôt son régime ordinaire et ses habitudes.

Appelé auprès d'elle dans les premiers jours de décembre pour des accidents complètement étrangers à la première affection, j'ai cherché à m'assurer de la solidité de la guérison. A cette époque, le ventre était souple et indolent dans toute son étendue; l'hypocondre droit n'offrait aucune trace d'engorgement; l'ombilic était rentré, et on eût dit qu'il n'avait jamais été le siége d'aucune dilatation.

D'après les symptômes et les produits rejetés au dehors, il est bien évident qu'il s'est développé dans un point des hydatides enkystées, et qu'à une certaine époque le kyste a sécrété du pus; l'accumulation du pus aura déchiré l'acéphalocyste mère, ou bien celle-ci aura été rompue par le développement des dernières nées.

Maintenant, l'évacuation du kyste par l'ombilic, point qui offrait la plus grande résistance, est un

phénomène non moins curieux que difficile à expliquer. M. Bonnet a émis à cet égard une opinion que je partage entièrement : le kyste aurait d'abord pris naissance dans le cordon résultant de la veine ombilicale, et la dilatation successive de ce cordon par le développement du kyste aurait déterminé la dilatation de l'ombilic ; une fois les hydatides sorties, le kyste ainsi que l'ombilic seraient revenus sur eux-mêmes, et tout serait rentré dans l'ordre normal.

De quelque manière qu'on explique le fait, il n'en est pas moins intéressant par son heureux résultat, et prouve combien peuvent être puissantes et efficaces les ressources de la nature.

Cas grave de pneumonie. — Complication inflammatoire du côté des voies gastriques. — Emploi de l'émétique à haute dose.—Observation communiquée par M. Barilleau.

Le nommé Chartier est entré à l'hôpital le 20 janvier 1835 ; il était atteint depuis huit jours d'une pneumonie du côté droit, pour laquelle il avait été saigné deux fois. Voici l'état dans lequel il s'est présenté : une douleur vive s'étend dans tout le côté droit de la poitrine ; la toux est fréquente, l'expectoration difficile et douloureuse ; les crachats sont sanguinolents et rouillés ; le côté droit offre à la percussion un son mat dans toute son étendue ; la pommette droite est d'une couleur rouge violacée. La langue est rouge et sèche, la soif ardente.

Prescription : eau de gomme édulcorée, looch blanc, vingt sangsues sur le côté, cataplasme après leur chute. L'évacuation sanguine est abondante.

Le 21, nulle amélioration ; mêmes symptômes que la veille, langue plus sèche et plus rouge, pointue. Prescription : eau de gomme, looch avec kermès, deux grains.

Le 22, respiration plus difficile ; on ajoute à la prescription de la veille l'application d'un large vésicatoire sur le côté. Toute la nuit, agitation considérable et délire continuel.

Le 23, persistance du délire, plus d'expectoration, langue sèche, rouge, fendillée, dents fuligineuses, pouls petit et fréquent ; râle des agonisants.

Prescription : neuf grains de tartre stibié dans six onces d'infusion de feuilles d'oranger, avec sirop diacode, une demi-once, à prendre en trois doses, de trois en trois heures.

Le 24, le malade n'a pas vomi ; le râle a diminué, le pouls s'est relevé ; il y a eu moins de délire. — Même potion avec douze grains de tartre stibié.

Le 25, le malade a recouvré sa connaissance ; la respiration et l'expectoration sont plus faciles, les crachats sont muqueux, le pouls se relève de plus en plus. — Même potion avec quinze grains de tartre stibié.

Le 26, amélioration encore plus sensible, respiration large et aisée.—Même prescription.

Le 27, le malade a vomi deux fois, après la deuxième dose de sa potion, mais il n'a pas vomi après la troisième. Du reste le mieux se confirme, les forces se développent, le besoin de prendre des aliments se fait sentir. Je supprime la potion.

Le 28, des aliments légers sont prescrits, et le malade entre en convalescence ; quelques jours après il sort de l'hôpital complètement guéri.

En donnant cette observation je ne prétends pas prouver l'utilité de l'émétique à haute dose dans les pneumonies ; ce fait est trop bien établi par les travaux de *Laennec* et les observations publiées par divers praticiens. J'ai voulu prouver que, malgré une irritation violente de l'estomac, on peut encore employer l'émétique à haute dose sans qu'il en résulte rien de fâcheux pour le malade. En effet, le 23 janvier, la langue du malade était rouge, fendillée, les dents étaient fuligineuses, il y avait du délire, et cependant je prescrivis neuf grains d'émétique. Il n'y eut point de vomissements, le râle disparut, le pouls se releva, l'amélioration fut sensible. Ce traitement fut continué pendant plusieurs jours, et l'on augmenta progressivement la dose du tartre stibié : l'état du malade devint de plus en plus satisfaisant. Ainsi, dans les pneumonies, s'il est indiqué de recourir à l'emploi de l'émétique à haute dose, on ne doit point être arrêté par l'inflammation qui peut exister simultanément du côté de l'estomac.

Tumeur extraordinaire et volumineuse observée chez un enfant de quatre mois et demi. — Description de cet état pathologique, et opinions diverses émises sur sa nature.

Vers les derniers jours de juin 1835, un nommé *Poirier* et son épouse arrivèrent de la Bretagne, et

livrèrent à la curiosité poitevine un enfant qu'ils disaient renfermer dans l'intérieur de son corps un autre enfant vivant, et dont les mouvements étaient bien appréciables. La sage-femme, les autorités locales, un grand nombre de médecins, avaient constaté, disait-on, ce curieux phénomène. Sans attacher aucune importance à ces annonces, la Société de médecine de Poitiers ne pouvait rester étrangère à l'examen de l'enfant, et elle s'empressa de lui consacrer une séance spéciale.

L'attention se porta tout d'abord sur une énorme tumeur que la malheureuse petite fille portait vers la fin du rachis et dans la région fessière; cette tumeur, plus étendue dans son diamètre transversal que d'avant en arrière, offrait les dimensions suivantes : dix-huit pouces deux lignes dans sa circonférence prise à sa partie la plus volumineuse, dix-huit pouces du côté droit au côté gauche, quatorze pouces d'avant en arrière. Vers la fin de la colonne vertébrale, et sur l'une et l'autre fesse, commence la tumeur, et cette origine n'est marquée par aucun pli, aucune adhérence de la peau, autre que celle de continuité des téguments. La peau recouvre la tumeur dans toute son étendue, et conserve sa couleur et son épaisseur normales, excepté dans deux points de la largeur d'un pouce environ, où elle est amincie et de teinte bleuâtre; ces deux points existent vers la partie la plus déclive de la tumeur. Sur la face antérieure de cette dernière, et plus à droite qu'à gauche, existe un sillon longitudinal qui semble correspondre à l'insertion d'une cloison qui séparerait la cavité en deux parties inégales. Cette tumeur offre dans la

plus grande partie de son étendue une fluctuation bien évidente ; la percussion exercée sur l'un des côtés fait nettement apprécier le choc du liquide vers le point diamétralement opposé. Vers la base et à gauche, on sent un corps dur et volumineux, d'abord élargi, puis rétréci en s'étendant dans la tumeur, et venant se terminer vers sa partie antérieure et gauche par une extrémité arrondie, de la grosseur d'une petite pomme. La surface de ce renflement semble offrir une espèce de rainure et une sorte d'entrecroisement de lames osseuses. Ce corps solide paraît adhérent par sa base, et très-peu mobile au sein du liquide qui l'entoure. On ne peut déterminer la forme bien précise de ce corps, non plus que constater des mouvements spontanés.

Abstraction faite de cette tumeur, le sujet est bien conformé et offre tout le développement d'un enfant de son âge ; sa physionomie n'exprime aucune souffrance ; les mouvements de la locomotion des membres sont libres et vifs ; les fonctions digestives s'exécutent avec régularité. Les parents assurent qu'à l'époque de la naissance la tumeur était moitié moins volumineuse qu'elle ne l'est aujourd'hui, et que, depuis quelques semaines, elle a fait de rapides progrès.

Quelle peut être la nature de cette tumeur? Est-elle constituée par des hydatides, par un spina bifida, ou par un fœtus avorté et adhérent? M. Bonnet a pensé que les dernières vertèbres du sacrum et celles du coccyx avaient éprouvé un arrêt de développement ; que leurs lames, au lieu de se joindre, s'étaient élargies et déployées en arc ; le canal vertébral a fourni le liquide qui remplit la tumeur. Le fait ainsi interprété

compte de nombreux analogues. Mais les dernières vertèbres sacrées et coccygiennes ont-elles bien pu prendre un développement assez considérable pour former le corps dur et allongé que l'on sent dans la tumeur, et ne pourrait-on pas admettre qu'il existe des débris de fœtus? Cette opinion est soutenue et développée par M. Chevallier; il pense d'ailleurs que l'existence de ces débris n'exclut nullement la coïncidence d'un spina bifida. La majorité des membres présents pense que, si on ne peut méconnaître l'existence d'une grande quantité de liquide et celle d'un corps de consistance osseuse au sein de cette tumeur, un examen extérieur permet difficilement de bien préciser la nature de semblables désordres. On ne peut qu'émettre à cet égard des hypothèses plus ou moins ingénieuses. L'ouverture de la tumeur, une dissection attentive, seront seules capables de donner un diagnostic positif. La malheureuse enfant qui fait le sujet de cette curieuse observation est vouée à une mort inévitable et assez prochaine. L'art ne peut rien pour prolonger ses jours; une opération ne saurait être indiquée; et lorsque la peau amincie viendra à se rompre, l'inflammation du kyste devra être promptement suivie de la mort.

Avant d'arriver à Poitiers, la petite Joséphine Poirier avait été soumise à l'examen de M. Favre, chirurgien à Mareuil, lequel avait écrit à ce sujet une lettre à M. le Préfet. Cette lettre nous ayant été renvoyée, nous croyons devoir donner ici l'opinion de M. Favre :

« Il affirme qu'à travers les parois du kyste, il a » distingué le mouvement normal d'un fœtus dans le

» temps de la gestation. Il pense que cet embryon, » dont l'accroissement est sensible, vit au moyen d'at- » taches et de vaisseaux correspondants au petit indi- » vidu qui respire déjà. Il restera persuadé de ce fait, » jusqu'à ce que l'ouverture du sac ait démontré le » contraire. »

En quittant Poitiers, cet enfant était conduit à Paris, et nous attendions avec un vif intérêt des nouvelles ultérieures. Jusque-là aucun document ne nous est parvenu à cet égard, et nous devons craindre qu'un aussi curieux phénomène, enseveli dans le cimetière d'un pauvre village, n'ait été perdu pour la science.

Observation d'une luxation du radius avec sortie de la tête de cet os à travers les téguments à la partie interne et inférieure de l'avant-bras. — Guérison. — Par M. Pingault fils.

Pierre Rivière, âgé de 10 ans, d'une bonne constitution, tempérament sanguin, habituellement d'une bonne santé, après avoir fait une chute du haut d'un peuplier très-élevé, m'a été présenté le 1er juin dans l'état suivant :

A l'union des deux tiers externes avec le tiers interne de la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras gauche, et presque immédiatement près du poignet, existait une solution de continuité à travers laquelle une extrémité osseuse, offrant les caractères de la partie articulaire inférieure du radius, sortait de cinq à six

lignes ; la peau formait une espèce de collet qui resserrait d'assez près la portion d'os sortie. Cette partie osseuse était dirigée de dehors en dedans ; le poignet était porté en dehors, légèrement fléchi en avant ; les doigts demi-fléchis ne pouvaient se mouvoir en aucun sens, tandis qu'on pouvait faire mouvoir le poignet dans toutes les directions.

L'avant-bras, à l'union du second tiers avec le premier tiers, présentait inférieurement une dépression : un commencement d'engorgement des parties molles se faisait remarquer ; le bord interne du cubitus paraissait intact dans toute son étendue et placé dans ses rapports naturels, tandis qu'en suivant le bord externe du radius, on le perdait au commencement de la dépression que nous avons signalée.

L'examen de ces nouveaux rapports entre les parties osseuses du poignet et de l'avant-bras a fait reconnaître une luxation complète du radius sur le poignet, avec déchirure de tous les liens qui maintiennent son articulation, lésion des parties molles en avant et en dedans, et sortie de la tête de ce dernier os à travers les téguments.

Il est facile de se rendre compte de la dépression qui existait sur le bord radial de l'avant-bras (ce qui en imposait pour une fracture du radius) par le vide qui devait nécessairement résulter de la direction vicieuse que le radius avait prise en se luxant, direction oblique qui a été augmentée par la sortie de la tête de l'os, et par la déchirure du ligament inter-osseux qui a dû nécessairement arriver.

Dans ce cas de luxation complète avec sortie de la

tête du radius, le poignet pouvait subir des mouvements en tous sens, ce qui ne peut arriver dans les luxations où ce grave accident n'existe pas, parce que, dans la première circonstance, le poignet n'est maintenu par rien, presque tous ses liens étant rompus, et le seul os avec lequel il s'articule l'ayant abandonné; tandis que, dans la seconde, la tête de l'os étant placée soit en avant, soit en arrière, soit sur un des côtés, suivant le sens de la luxation, produit un obstacle mécanique à l'accomplissement de quelques-uns des mouvements que le poignet est appelé à exécuter. Cette mobilité du poignet contribuait aussi à faire croire, au premier abord, à l'existence d'une fracture du radius.

L'indication à remplir était de faire rentrer l'os. Pour arriver à ce but, des débridements en haut et en bas ont été nécessaires; le patient étant assis sur les genoux d'un homme qui le retenait en l'embrassant par le milieu du corps, un aide pratiquait la contre-extension en retenant la partie supérieure de l'avant-bras, tandis qu'un autre aide pratiquait l'extension en tirant la main et le poignet en haut dans le sens où il était luxé. Pendant l'action de ces mouvements opposés, nous avons cherché, M. le docteur Orillard et moi, à réduire l'extrémité inférieure du radius, en appuyant à tour de rôle les deux pouces sur cette extrémité, tandis que les doigts étaient appliqués sur la partie opposée. Des efforts multipliés n'ont triomphé de la résistance des muscles, pour opérer cette très-difficile réduction, qu'après une heure et demie d'un travail très-fatigant et très-pénible, malgré les débridements qui avaient été faits. Au moment où cette réduction a paru com-

mencer à s'opérer, l'os perdait peu à peu la direction qu'il avait prise; dès lors la main qu'on maintenait dans l'extension, et dirigée du côté cubital, a été ramenée du côté radial. C'est pendant un nouvel effort qui réunissait tous ces mouvements, qu'un bruit non équivoque a fait comprendre évidemment la fin de la réduction.

Nous avons ensuite fait le pansement de la manière suivante : une attelle digitée de la longueur de l'avant-bras a été placée sur la partie postérieure de celui-ci placé en demi-pronation; une petite compresse un peu épaisse a été placée à sa partie supérieure, en dessous de cette attelle, afin de faire abaisser le poignet pour empêcher le déplacement de la tête du radius qui ne pouvait être maintenue par ses ligaments, puisqu'ils avaient été rompus ; une petite attelle de la moitié de la longueur de l'avant-bras a été placée en avant près du coude, afin de maintenir fixes et immobiles par des bandes, à l'aide de l'autre attelle, les deux os de l'avant-bras. Par ce moyen la plaie restait à nu ; les doigts, préalablement entourés de petites bandes roulées, ainsi que le poignet, sur la partie antérieure et latérale externe duquel on avait placé une petite compresse dans le lieu correspondant à la tête du radius, pour empêcher celle-ci de se déplacer, ont été fixés sur les parties digitées de l'attelle postérieure; alors une bande a été roulée sur les deux attelles à la partie supérieure de l'avant-bras, puis arrêtée près de la plaie ; celle-ci a été pansée, comme une plaie simple, avec un linge fenêtré, du cérat, de la charpie, et un cataplasme par-dessus pour diminuer l'irritation. Après ce pansement,

la bande a été reprise, puis déroulée de manière à maintenir tout l'appareil.

Le petit malade ainsi pansé a été placé dans son lit, le bras allongé sur un oreiller; un cerceau le mettait à l'abri du poids des couvertures.

Le soir, 1er juin. Une saignée a été pratiquée à 10 heures, et très-bien soutenue par le malade, qui a été mis à une diète sévère et à l'usage d'eau d'orge.

2 Juin. Le malade avait peu dormi, son bras l'avait fait souffrir; il avait de la fièvre. La plaie, très-tuméfiée, a été pansée de la même manière et lavée avec de l'eau de guimauve.

3 Juin. La tuméfaction ayant augmenté, huit sangsues ont été appliquées à la partie latérale interne de la tumeur. L'émission sanguine a été abondante, le sang n'a été arrêté que le soir, des caillots existaient entre les diverses portions de l'appareil; le malade avait un peu moins de fièvre, moins de souffrances. Même pansement.

Le 4 au matin. La nuit a été sans sommeil, la fièvre s'était rallumée, l'appareil répandait une odeur un peu forte; au milieu du jour la gangrène était visiblement fixée sur toute la plaie, une odeur *sui generis* se faisait sentir, quelques portions présentaient des taches violettes très-larges; un liquide séreux emphysémateux, d'une teinte jaunâtre, semi-purulent, et répandant une odeur infecte, transsudait sur toute la surface de la plaie; du reste, l'état général du malade était satisfaisant. Dès lors nous avons mis de côté les lotions avec l'eau de guimauve, les cataplasmes émollients, le cérat, pour faire des lotions avec un mélange de moitié eau de

guimauve et moitié bichlorure de soude ; de la charpie imbibée de ce mélange a été placée sur la plaie, qui était ainsi pansée trois fois par jour. Le malade prenait trois bouillons, et, pour tisane, de l'eau d'orge miellée à laquelle on ajoutait du jus de citron. Ce pansement a été ainsi suivi jusqu'au 8 juin, jour où la plaie était devenue plus vive, plus vermeille ; elle commençait à donner un liquide plus consistant, plus purulent, qui ne répandait plus de mauvaise odeur. Les lotions avec moitié bichlorure d'oxyde de sodium le faisaient trop souffrir ; alors on lavait la plaie avec un mélange de trois cuillerées d'eau de guimauve et une de bichlorure ; puis un linge fenêtré enduit de cérat, et un gâteau de charpie également enduit de cérat, étaient appliqués sur la plaie. L'état général du malade était toujours satisfaisant, l'appétit se faisait sentir plus vivement, le sommeil était plus long et meilleur.

Du 7 au 15. La plaie va de mieux en mieux, elle donne un pus de plus en plus louable, elle commence à bourgeonner ; le malade prend deux soupes et deux bouillons par jour... Vers les derniers jours de juin, la plaie, toujours pansée trois fois par jour, commence à se rétrécir. Le malade n'éprouve aucune souffrance dans son bras ; il dort très-bien, il se lève, se promène ayant son bras soutenu sur la poitrine par un mouchoir placé en sautoir et noué sur le cou ; il prend deux soupes par jour et fait un petit repas ; il continue à boire sa tisane.

Du 1er au 12 juillet. La plaie, ayant été touchée trois ou quatre fois par le nitrate d'argent, ne suppure plus

que par un très-petit espace de sa première étendue. La cicatrice en paraît solide. Ayant enlevé tout l'appareil, nous avons remarqué que la partie inférieure des deux os de l'avant-bras présentait plus de volume que dans l'état normal; mais nous avons eu la satisfaction de voir que l'enfant remuait les doigts et même le poignet. Les mouvements étaient, à la vérité, bien limités; mais, dès lors qu'il les exécutait, nous étions bien en droit d'espérer qu'ils recouvreraient, au bout d'un certain temps, la souplesse qu'ils avaient auparavant.

Pendant tout le mois de juillet et le mois d'août, un bandage a été fixé sur le poignet et l'avant-bras, et celui-ci soutenu sur la poitrine comme auparavant. Des frictions ont été faites pendant plus d'un mois sur la partie inférieure de l'avant-bras avec une pommade résolutive. Aujourd'hui les mouvements du poignet sont bien libres dans tous les sens; mais l'extrémité inférieure du radius ainsi que la partie inférieure du cubitus sont tuméfiées, de sorte que le poignet a plus de volume qu'à l'ordinaire : cependant il n'est pas douloureux au toucher. L'enfant se sert de sa main, mais il sent que son poignet manque de force et qu'il ne peut soulever rien de lourd.

Cette observation présente beaucoup d'intérêt, non-seulement par la rareté du fait, mais encore par ses suites heureuses. En effet, les chirurgiens ne citent qu'un seul fait de ce genre, c'est celui que Thomassin a rapporté. Samuel Cooper, qui est le seul qui ait réservé un article pour la luxation de l'extrémité inférieure du radius, n'en cite pas d'autres exemples. Boyer, en parlant des luxations du poignet, dit qu'en

général elles sont très-fâcheuses ; il dit que leur cure est très-longue, et qu'il reste souvent une ankylose ; que souvent il survient un gonflement inflammatoire énorme dont on ne peut arrêter les progrès, et qui se termine par la gangrène ou par une suppuration excessive qui conduit à la nécessité de l'amputation, ou par une altération des os, une carie, des fistules, et enfin par une soudure de la main avec l'avant-bras ; et là M. Boyer n'entend parler que des luxations du poignet sans lésion des parties molles extérieures. M. Sanson dit, en parlant aussi des luxations du poignet en général, que, dans quelque sens qu'elle se fasse, cette luxation est toujours un accident grave. Pour peu, dit-il, que le malade soit mal disposé, l'inflammation passe à l'état chronique et dégénère en tumeur blanche. Quelquefois aussi, et quoi qu'on fasse, elle est suivie d'abcès dans l'articulation ou de la gangrène. C'est surtout lorsque le radius a violemment contus ou percé la peau que les accidents ont lieu. Il considère cet accident comme tellement grave, qu'il ajoute que, si la sortie des os de l'avant-bras, dans cette luxation, à travers une plaie des téguments, apportait un peu trop d'obstacle à la réduction, il vaudrait mieux en opérer la résection que de se livrer à des efforts inconsidérés. Ici nous avons la preuve que les chirurgiens ne doivent pas reculer devant les difficultés ; car ce n'est qu'avec du courage et de la constance que nous sommes parvenus, après une heure et demie d'un travail pénible, à triompher des difficultés que cette luxation présentait pour la réduction. Cependant nous avions bien suivi les conseils que M. Boyer et Sa-

muel Cooper donnent, en disant qu'il faut largement inciser les téguments, parce que le gonflement inflammatoire de ceux-ci peut seul s'opposer à la réduction; tandis que, si nous avions voulu épargner notre travail, nous aurions coupé l'extrémité inférieure du radius, et nous n'aurions pas obtenu une guérison complète; peut-être même notre malade eût-il fini par perdre complètement l'usage de sa main.

Observation d'une tumeur fibro-lardacée, du poids de 39 *kilogrammes, trouvée dans l'abdomen d'une fille âgée de* 43 *ans.* — Par M. Arlin.

Martine, d'un tempérament lymphatique-sanguin, d'une bonne constitution, ne présenta dans son enfance aucune maladie grave; à quinze ans et quelques mois, elle fut réglée pour la première fois, et depuis cette époque jusqu'à sa mort, arrivée à l'âge de 43 ans, l'écoulement mensuel n'éprouva que de très-légères variations.

Née dans une classe indigente, Martine choisit pour profession la domesticité : en 1819, elle se plaça comme cuisinière dans un pensionnat de jeunes personnes de la ville de Poitiers; mais la maîtresse de la maison s'aperçut bientôt d'un développement sensible du ventre, et, malgré la conduite régulière de cette fille et l'avis réfléchi de deux médecins, on lui donna son congé.

L'abdomen prenant un volume de plus en plus considérable, elle consulta un grand nombre de médecins, sans néanmoins exécuter les nombreux conseils qui lui étaient donnés.

Placée de suite à l'Hôtel-Dieu, elle fut soumise pendant plusieurs mois à un traitement assez varié.

La menstruation conservait la plus parfaite régularité, et les fonctions digestives ne paraissaient éprouver aucune altération. Il fallut environ 16 ans pour faire développer son ventre d'une manière aussi monstrueuse. Qui ne se rappelle l'avoir vue marcher et porter avec peine son énorme fardeau? Elle était forcée de s'incliner en arrière pour résister au poids qui l'entraînait en avant. Enfin, dans les derniers moments de sa vie, elle intéressait toutes les personnes qui la connaissaient. On dit que, malgré sa petite stature, elle pesait environ 125 kilogrammes.

Le 31 août 1834, après avoir entendu la messe dans la chapelle de l'hospice des Incurables, très-voisin de la chambre qu'elle habitait, elle fut à peine entrée chez elle qu'elle fut frappée de mort. Le premier septembre, on procéda à l'ouverture du corps, en présence de huit médecins de la ville de Poitiers.

État extérieur :

La face, la poitrine, les membres thorachiques et abdominaux étaient très-amaigris.

La circonférence du corps, prise à la partie moyenne du ventre, donna 4 pieds 11 pouces.

Ensuite, en mesurant depuis l'appendice sternal jusqu'au pubis, on trouva un espace d'un mètre 75 centimètres.

La peau abdominale était sensiblement injectée et infiltrée dans sa région pubienne.

La percussion du ventre, faite avec le plus grand soin, ne faisait pas découvrir de fluctuation. La tête, les organes contenus dans le crâne, et ceux respiratoires et circulatoires, ne présentèrent aucune altération notable ; seulement, le cœur était petit, d'un volume d'un bon tiers au-dessous de l'état normal ; le péricarde contenait à peine, à sa partie la plus déclive, deux cuillerées à bouche d'un liquide légèrement rougeâtre.

Les parois abdominales étaient singulièrement amincies dans leur tiers supérieur, et très-infiltrées dans les deux tiers inférieurs. L'ouverture ombilicale était si dilatée, qu'elle offrait une hernie exomphale épiploïque variqueuse.

En incisant ces parois, il sortait une grande quantité d'un sang noir, qui pouvait être évaluée au moins à un poids de douze kilogrammes.

Les épiploons présentaient un réseau vasculaire tellement développé, que les veines, les artères et les vaisseaux lymphatiques étaient presque du volume du petit doigt.

Au-dessous était une tumeur énorme, d'une forme presque ronde, couverte d'une membrane fibreuse, d'une forte densité, offrant un entrelacement de lames réunies les unes aux autres. Cette tumeur flottante s'était primitivement développée à travers les ligaments larges où elle tenait par un point étroit, et c'est à cet endroit que les vaisseaux entretenaient sa nutrition.

La tumeur enlevée, on reconnut bien que les organes

digestifs étaient sans altération pathologique, seulement ils étaient repoussés en arrière, et avaient sensiblement perdu de leur calibre ; la rate était ratatinée et froncée, le foie d'un volume au-dessous de l'état normal ; la vésicule contenait une bile d'un vert noirâtre ; la vessie, également très-petite, ne contenait presque pas d'urine ; la matrice, légèrement déviée, était sans altération, ainsi que la vulve qui était d'une étroitesse remarquable.

Les ovaires et leur dépendance, ainsi que les organes urinaires, étaient sans aucune lésion.

La tumeur pesée donna le poids de 39 kilogrammes ; le tissu fibreux qui l'enveloppait était extrêmement dense, et l'intérieur était composé d'une substance très-blanche, lardacée, d'une certaine consistance. En la coupant, on découvrit de petits épanchements mêlés de quelques gouttes de sang.

La mort subite de la fille Martine fut occasionnée par la rupture des vaisseaux.

Le croup, ou laryngo-trachéite. — Mémoire lu à la Société de médecine de Poitiers, par M. Quotard, docteur en médecine de la faculté de Paris.

Le croup a de tout temps et dans tous les lieux exercé ses ravages sur les jeunes enfants ; il a donné lieu à une foule d'écrits dans lesquels cette horrible maladie est tracée avec érudition et savoir. Toutefois, les nombreux auteurs qui ont traité cette affection n'ont pas toujours été d'accord sur sa nature, non plus que sur

les moyens propres à lui opposer, et cette divergence d'opinions a parfois occasionné de fâcheux résultats; cela ne saurait être douteux. Ainsi, Valentin, Harlès, Lobstein pensent que, lorsque l'inflammation survient dans le croup, c'est qu'elle est accidentelle; Mahon dit que cette maladie commence par un amas de pus, et n'admet pas d'inflammation; Ruette range le croup dans les asphyxies. Cependant, le plus grand nombre de nos écrivains anciens et modernes croient avec raison que le croup est une inflammation de la muqueuse du larynx, qui s'étend quelquefois à la trachée-artère et aux bronches; de ce nombre sont Rosen, Home, Pinel, Royer-Collard, Jurine, Vieusseux, Portal, Larrey, Broussais, Desruelles. Or, l'opinion la plus générale en médecine est que le croup est une maladie inflammatoire qui a son siége sur la muqueuse du larynx. Cette affection peut atteindre l'homme à toutes les époques de sa vie, mais elle est plus particulièrement du domaine des maladies des enfants, parce que chez eux la muqueuse laryngée est infiniment plus impressionnable; que d'ailleurs les cryptes muqueux sécrètent davantage, et que ces mucosités, stagnant dans le conduit aérien (car l'enfant n'a pas le génie d'expectorer), y prennent de la consistance, et par leur agglomération concourent à favoriser le développement de ce que l'on appelle fausse membrane. C'est cette fausse membrane qui constitue la gravité du croup; car, une fois qu'elle est formée, il survient bientôt un état de suffocation, une espèce d'asphyxie qui occasionne la mort du sujet, si on ne parvient à l'expulser à l'aide de moyens énergiques.

Pour moi, je pense que le croup est une inflammation de la muqueuse de la trachée et du larynx (de là le nom de laryngo-trachéite que je lui donne), qu'elle est occasionnée par une cause irritante qui agit d'une manière directe sur cette membrane, et que cette cause réside dans une constitution particulière de l'atmosphère.

Le croup a reçu différentes dénominations que je ne rapporterai pas ici, parce que je n'ai pas l'intention de faire un traité complet sur cette affection morbide, et que mon but est seulement d'en donner un précis extrêmement laconique, suivi d'un petit nombre d'observations que j'ai recueillies. Cette foule de noms ne servirait au surplus à rien, car le croup est un, sa nature est toujours inflammatoire, et jamais asthénique, adynamique, ainsi que quelques Browniens l'ont prétendu. En outre, l'affection dite croupale n'a rien de spécial, ainsi que le pensent quelques écrivains; car, de même que toutes les inflammations, elle offre les caractères pathognomoniques de cet ordre de morbidités, savoir : chaleur, douleur, rougeur et tuméfaction. En effet, il n'en saurait être autrement : la structure de la membrane, siége du croup, est la même que celle de toutes les membranes de l'appareil muqueux, et dès lors elle doit être soumise aux mêmes lois que ces dernières.

Les causes du croup que j'appellerai dorénavant laryngo-trachéite, ainsi que je l'ai déjà dit, et cela en raison de son siége et de sa nature, peuvent être rangées en deux classes, ainsi que celles propres à produire toutes les inflammations; savoir : en causes prédis-

posantes, et en occasionnelles ou déterminantes. Les premières se rapportent à l'âge, au tempérament, à la dentition, aux saisons, aux lieux que l'on habite, à la constitution régnante de l'atmosphère. Les causes déterminantes sont plus particulièrement un refroidissement instantané, la répercussion de la transpiration, le passage subit d'un lieu chaud dans un endroit froid, les variations brusques de l'atmosphère. Enfin, quelques inflammations de divers points de la muqueuse, telles que le coryza, la coqueluche, les catarrhes bronchiques, pulmonaires, les diverses angines, peuvent également devenir causes prédisposantes et même occasionnelles de la laryngo-trachéite.

La marche de la laryngo-trachéite est en général des plus rapides, et peu de temps lui suffit pour arriver au *summum* de gravité. Quelquefois cependant cette maladie se manifeste avec moins de véhémence, et laisse en quelque sorte aux parents et aux hommes de l'art le temps de se reconnaître et de bien asseoir le diagnostic. Mais ces exemples sont rares, et, lorsqu'ils se présentent, le médecin doit se hâter d'aller au-devant du mal, s'il veut s'épargner la douleur d'avoir donné des secours tardifs. La durée du croup est fort courte et ne dépasse pas ordinairement le douzième jour, mais le plus souvent trente-six ou quarante-huit heures décident de l'existence du sujet qui en est atteint.

Les auteurs ont décrit une foule de symptômes qui précèdent le croup; mais, comme ils sont tous communs aux irritations de la muqueuse en général, et que leur énoncé ne serait nullement propre à éclairer l'affection qui m'occupe, je m'abstiendrai de les rapporter ; je me

bornerai à citer les signes caractéristiques de la laryngo-trachéite, parce qu'il est essentiel de les bien connaître, afin de ne point commettre de méprise et d'éviter de la confondre avec nombre d'affections qui, ainsi qu'elle, ont leur siége sur les organes de la respiration. L'enfant atteint de laryngo-trachéite éprouve un sentiment de constriction, de douleur à la partie antérieure du cou ; sa respiration est laborieuse, la toux rauque, sonore, l'inspiration glapissante et produisant le son croupal, qui ressemble parfaitement au cri d'un jeune coq. C'est cette inspiration croupale, d'où résulte le son aigu, glapissant, qui constitue le signe pathognomonique de cette affreuse maladie, et qui suffit à lui seul pour en établir positivement le diagnostic ; aussi, les praticiens doivent-ils s'attacher à bien apprécier ce phénomène, cette altération physique. Les quintes de toux sont parfois si violentes, qu'elles occasionnent des mouvements convulsifs des muscles du cou, du tronc et des extrémités. Dans certains cas, la toux est sèche et rauque, mais plus généralement elle est humide ; dans ce cas, la respiration est râleuse, ce qui résulte de la présence des mucosités qui stagnent dans l'arrière-bouche et les divisions bronchiques, et du passage de l'air qui les fait mouvoir.

Lorsque le sujet atteint de laryngo-trachéite est sorti de la première enfance, il aide de lui-même à la guérison en expectorant lesdites mucosités, tandis que l'enfant en bas âge, ne sachant ou ne pouvant les expulser, est plus promptement suffoqué.

Le produit de l'expectoration, quand elle a lieu, est une matière d'abord claire, salivaire, et ensuite mu-

queuse, glaireuse, blanchâtre, sans odeur, qui se conserve longtemps, qui se dissout assez bien dans l'eau chaude, et qui ne perd presque pas de sa transparence par sa dissolution.

Les quintes de toux laissent entre elles des intervalles pendant lesquels le malade paraît quelquefois, à part un peu d'accablement, dans un état voisin de l'état normal; le pouls, qui était fréquent, dur et petit, revient à l'état naturel, et tous les phénomènes morbides paraissent pour ainsi dire avoir disparu; mais, à certaines époques périodiques, le soir ou la nuit, surtout lorsque la maladie fait des progrès, les quintes de toux reviennent et sont alors plus rapprochées et plus fortes. Dans ces moments douloureux, les muscles du cou se contractent, surtout ceux de la partie postérieure, de là le redressement et le renversement de la tête en arrière; les veines jugulaires, les artères carotides, temporales, toutes celles enfin qui se rendent à la tête sont gorgées de sang; la face est gonflée, fortement colorée, à tel point qu'elle est quelquefois d'un rouge foncé; la respiration est des plus difficiles; la circulation très-accélérée et se trouve par moments comme suspendue; les extrémités se tuméfient; la peau est noire, mais plus à la moitié supérieure du corps qu'aux parties situées au-dessous du diaphragme; les urines sont dans quelques cas comme lactescentes, tant leur couleur a dans cette affection d'analogie avec celle du lait.

Si le malade parvient à expectorer abondamment, ou mieux à vomir les concrétions albumineuses qui doivent concourir à former la fausse membrane, alors

les phénomènes morbides disparaissent peu à peu ou même subitement, et une guérison parfaite ne se fait pas longtemps attendre ; tandis que, si les ressources de la nature, réunies aux moyens que conseille l'art de guérir pour débarrasser l'arrière-bouche et les bronches des concrétions albumineuses qui s'y sont développées, ne sont pas suffisantes, alors l'état du malade prend une phase des plus désespérantes, et l'on a la douleur de voir perdre l'existence à l'être à qui l'on prodiguait tous les soins pour la lui conserver.

Lorsque le croup doit se terminer heureusement, les quintes de toux diminuent, la respiration et l'expectoration deviennent plus faciles ; les mucosités expectorées sont moins visqueuses, et se rapprochent des crachats ordinaires ; les urines deviennent plus abondantes, et, à mesure que le mieux augmente, elles reprennent leur état naturel ; le pouls se développe, il est plus souple et acquiert de la régularité ; la peau reprend dans toute son étendue sa chaleur naturelle ; le sommeil est plus long et plus tranquille ; la transpiration s'établit d'une manière générale ; il survient des selles liquides jaunâtres, contenant une matière glaireuse qui offre quelque analogie avec les crachats muqueux qui ont été expectorés dans le cours de la maladie.

Lorsque le croup doit se terminer d'une manière fâcheuse, les quintes de toux deviennent très-fréquentes ; l'enfant éprouve une forte douleur à la région antérieure du cou, surtout pendant les accès de toux, et il le dénote en y portant souvent la main ; le cou se roidit et se renverse fortement en arrière ; la toux,

loin d'être glapissante, aiguë, *stridula* d'après *Home*, comme au commencement, est plutôt rauque, suspirieuse et faible ; la respiration est constamment laborieuse, même dans l'intervalle des quintes de toux, et le pouls devient de plus en plus irrégulier, faible et petit ; l'expectoration diminue, et quelquefois elle n'a plus lieu ; la matière que le malade rend par les selles est papyracée, et les concrétions qui sont expectorées sont enveloppées de mucosités rougâtres, sanguinolentes ; enfin un sentiment de strangulation, de suffocation, est bientôt suivi de la mort du sujet.

Le croup, ou laryngo-trachéite, a été souvent confondu avec différentes affections qui, comme lui, ont leur siége dans les voies aériennes, et qui peuvent le précéder ou l'accompagner ; tels sont les diverses angines, la coqueluche, l'asthme aigu, le catarrhe suffocant, etc. ; mais à présent le croup est trop bien connu pour que l'on puisse commettre de semblables erreurs.

Plusieurs maladies ont été observées compliquant le croup, et les auteurs ont cru devoir en établir autant d'espèces différentes, selon qu'il existait des symptômes qui pouvaient avoir rapport à d'autres affections; ainsi on a fait un croup spasmodique, nerveux, ataxique, adynamique, inflammatoire. Toutes ces variétés n'existent pas réellement ; et si la marche du croup diffère chez les sujets qui en sont atteints, il faut l'attribuer à l'âge, au sexe, à l'idiosyncrasie, à l'intensité de la maladie, à la force de la cause qui l'a développée, etc. La dénomination d'inflammatoire est seule convenable, parce qu'elle est appuyée sur une foule de faits pratiques concluants ; quant aux autres, le praticien doit

en faire justice, et dire hautement, non-seulement elles sont inexactes, mais encore dangereuses ; car elles peuvent faire commettre des fautes graves et irréparables. Il n'y a à mes yeux qu'une espèce de croup, et c'est le croup inflammatoire (laryngo-trachéite); tout efois cette espèce peut se diviser en deux variétés, savoir : en croup inflammatoire sec, et en croup inflammatoire humide. Cette distinction adoptée par M. Desruelles dans son traité sur le croup, un des meilleurs que nous possédions, est d'une grande importance à bien établir ; car de sa juste application découlent des indications thérapeutiques entièrement opposées. Ainsi, le croup sec et sans fausse membrane devra être uniquement combattu par les antiphlogistiques et les adoucissants, tandis que le croup humide dans lequel il y a déjà des concrétions membraniformes et même des fausses membranes, n'exigera pas aussi impérieusement l'emploi des évacuations sanguines, et devra la plupart du temps être traité par les évacuants, surtout par les vomitifs.

En réfléchissant bien à cette distinction de croup inflammatoire sec et de croup inflammatoire humide, j'ai pensé que ces deux états pathologiques, au lieu d'être deux variétés du croup, pourraient n'en être que deux périodes, dont l'une serait le résultat d'une irritation au début, et l'autre de la même irritation parvenue à un degré assez intense pour augmenter la sécrétion de la membrane muqueuse des voies aériennes, y occasionner des concrétions albumineuses, le développement de fausses membranes, et même des ulcérations. Dans tout état de choses, la division adoptée

par M. Desruelles pourrait être conservée, parce qu'elle est le fruit d'une saine observation, qu'elle offre un but d'utilité bien marquée ; car avec elle le diagnostic est facile à établir, ainsi que le mode curatif à suivre.

Le pronostic du croup est ordinairement fâcheux, non-seulement parce qu'il peut être promptement mortel, en raison de sa gravité, mais aussi parce que les médecins sont souvent appelés trop tard pour y porter remède. De plus, le début de cette affection est extrêmement fallacieux, et les caractères qui lui sont propres ne se manifestent, dans la pluralité des cas, que lorsque la maladie a fait des progrès tels qu'il est difficile de les détruire. Cela est tellement vrai, que M. Double dit qu'il périt un tiers des malades atteints du croup, et M. Cailleau, qu'il en périt les deux tiers.

Le croup peut être sporadique, épidémique, mais non contagieux, a dit M. Portal. Baillou, Marc-Aurelle, Séverin, Frédéric Hoffmann, Morgagni, etc., rapportent des épidémies d'une affection morbide qu'ils appellent angine : le nom de croup n'était pas connu de leur temps, car c'est le docteur Home qui plus tard qualifia ainsi certaines affections de la gorge ; et ils disent que les enfants qui avaient succombé avaient offert à l'autopsie, dans le larynx et la trachée, des matières pituiteuses concrétées en forme de membranes.

Le croup est endémique dans les pays entourés de marécages, dans les villes situées au bord des rivières ou près des plages, dans les habitations voisines des étangs, où l'eau stagne et tend à se corrompre.

La propriété contagieuse du croup, préconisée par

quelques auteurs, ne saurait être admise par les médecins physiologistes; ainsi que les vieilles théories médicales, la contagion du croup ne peut plus exister que dans quelques cerveaux creux, car de nombreuses observations de cette maladie, recueillies avec soin par des médecins expérimentés, prouvent d'une manière incontestable que cette affection n'est pas contagieuse. Pour mon compte, j'ai donné des soins à beaucoup d'enfants atteints du croup, et jamais je n'ai vu cette maladie se communiquer, non-seulement aux personnes qui les soignaient, mais encore aux enfants qui cohabitaient avec eux.

Le croup ayant son siége sur un point de la membrane muqueuse, il n'est pas étonnant de voir arriver succédanément des lésions sur divers points de ladite membrane, et compliquer l'état morbide primitif. Ainsi, le croup peut être suivi ou marcher conjointement avec une bronchite, une pharyngite, une pleurite, une pneumonite, une gastrite, une gastro-entérite; enfin avec quelques affections éruptives, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, etc. Dans ce cas, des symptômes particuliers à ces différentes maladies viennent par leur présence éclairer le médecin, et lui faire connaître la somme des indications qu'il a à remplir.

Le traitement du croup a été l'objet de nombreuses recherches de la part des médecins. On a tour à tour préconisé une foule de moyens curatifs, dont la plupart, quoique très-énergiques, n'ont qu'une action bien secondaire et d'une bien faible efficacité; aussi presque tous ont-ils été regardés comme insuffisants, et ne

pouvant amener que des résultats bien précaires, eu égard à l'affection qui nous occupe. Ainsi, le mercure, le chlore, le camphre, le musc, l'ammoniaque, le sulfure de potasse, l'assa fœtida, etc., que certains auteurs disent avoir employés avec succès, ne sauraient être mis en usage au début du croup, ni même au commencement de sa deuxième période; ce n'est que lorsque les moyens appropriés ont échoué, et que la maladie passe à l'état chronique, que l'on peut avoir recours à ces moyens, à tout hasard, quoiqu'il fût impossible de bien préciser leur mode d'action.

D'après l'idée que je me suis faite du croup, le mode curatif à suivre doit être le suivant : saignées locales et générales, emploi des vomitifs, des purgatifs, des dérivatifs externes et des dérivatifs ingérés dans l'estomac ou dans le bout inférieur de l'intestin, enfin de tous les dérivatifs que la médecine a en son pouvoir. Voyons maintenant quels sont, parmi ces divers moyens, ceux que l'on doit mettre d'abord en usage. Pour arriver à ce but, il nous faut faire un pas rétrograde vers le début de la maladie objet de mon travail, parce qu'il est à croire que la connaissance parfaite de ce qui se passe dans cette première période nous sera d'un grand secours. Le commencement du croup, avons-nous dit, a lieu d'une manière insidieuse, ou plutôt ressemble très-bien aux affections infiniment moins graves, dont l'arrière-bouche, le larynx et les bronches peuvent devenir le siége; et ce n'est que lorsque déjà il y a danger, c'est-à-dire lorsque la fausse membrane commence à se développer, à se former, qu'une toux particulière, *sui generis*, rauque, caverneuse par moments, enfin

sifflante et imitant le cri d'un jeune coq, que les parents appellent l'homme de l'art. Dans ce cas, l'indication à remplir quelle est-elle? Doit-on de prime-abord employer les évacuations sanguines locales, ou bien cherchera-t-on à détruire la fausse membrane et à la faire expulser à l'aide des vomitifs? La saignée générale serait-elle suivie de succès?

Ainsi que je l'ai déjà dit, le croup est une maladie inflammatoire, et l'on sait que les inflammations ne sauraient résister aux évacuations sanguines, surtout lorsqu'elles sont employées à leur début; mais ici, je crois que leur emploi, lorsque la fausse membrane est formée, ne serait point suffisant pour remédier à une maladie qui menace de suffoquer le malade. L'indication la plus pressante est, selon moi, d'occasionner des contractions spasmodiques de l'estomac, du pharynx et du larynx, au moyen d'une potion vomitive, afin de faire détacher et expulser cette fausse membrane. Plusieurs observations tirées de ma pratique, et qui suivront ce chapitre, viendront donner du poids à cette opinion que j'avance et qui me paraît fondée.

Je conseille donc les vomitifs dans le croup lorsque la fausse membrane commence à se former, parce qu'il y a urgence de débarrasser les voies aériennes; tandis que, si j'étais appelé au début de la maladie, je la combattrais, ainsi que toutes les inflammations locales, par l'application des sangsues, bien persuadé que je suis que ce serait le moyen le plus efficace.

Si, après l'administration du vomitif, que l'on doit donner par petites fractions, afin d'occasionner plusieurs secousses, plusieurs vomissements, que l'on ait

obtenu ou non l'expulsion de la fausse membrane ; si, dis-je, le malade conserve une toux glapissante, ou qu'il se développe des phénomènes cérébraux, alors une forte application de sangsues sur le trajet des veines jugulaires devient urgente ; on donnera au malade une tisane adoucissante, mucilagineuse ; on lui fera prendre des lavements purgatifs, on lui appliquera des sinapismes aux extrémités inférieures ; enfin on aurait recours aux vésicatoires, si tous les moyens employés échouaient. Dans quelques cas, le croup est compliqué, aggravé par le travail de la dentition ; on peut alors inciser la gencive sur les dents que l'on soupçonne devoir paraître les premières.

Je n'ai pas encore parlé de la saignée générale, parce que je la regarde plutôt comme nuisible qu'utile, dans le croup à l'état de simplicité ; mais si cette maladie était compliquée d'une pneumonite, la saignée générale deviendrait nécessaire et devrait faire partie du traitement du croup. Quelques auteurs pourtant, parmi lesquels je citerai Césalpin, Marc-Aurelle, Séverin, prônent la saignée générale dans les affections de la gorge ; mais, depuis quelques années, on a reconnu que dans ces mêmes affections les saignées locales étaient bien plus convenables. D'autres pensent que la saignée générale doit être pratiquée dans le croup, lorsque le pouls est fréquent, dur, serré, et que le malade est menacé de congestion cérébrale. Je ne partage pas entièrement cet avis, sans néanmoins en contester le mérite dans quelques cas. En effet, c'est chez les enfants que la laryngo-trachéite se présente le plus souvent ; et comme leur constitution est éminemment lymphatique

et non pléthorique, je crois que la saignée générale les affaiblirait beaucoup, et ne détruirait pas la tendance qu'a le sang à se porter au cerveau, accident qui, du reste, est plutôt dû à la suffocation qu'à un état pléthorique. Il serait préférable, ce me semble, dans ce cas, de pratiquer des saignées capillaires dérivatives par l'application de sangsues à l'anus, ou le long de la colonne épinière.

L'auteur termine son mémoire par quelques observations de cas de croup à l'appui de sa théorie. Le manque d'espace nous a forcé à les supprimer.

Des scrofules. — Par M. Ribault.

On entendait autrefois par scrofules une sorte d'engorgement des organes glanduleux extérieurs ou des glandes lymphatiques, avec ou sans ulcération, mais d'une résolution lente et difficile et fréquemment rebelle aux moyens de l'art, disparaissant au contraire par les seules forces de la nature, ou à l'époque de la puberté. Peu à peu, on a reconnu que cet état de l'économie se liait à certaines dispositions morbides; que les individus qui présentaient ces engorgements étaient sujets au carreau de l'enfance, à la phthisie pulmonaire dans l'âge adulte, aux tumeurs blanches, à la carie des os, à des ulcérations de mauvais caractère; de sorte qu'on a qualifié de scrofuleuses ces affections diverses survenant sous l'influence de cette constitution. Ainsi l'expression de scrofules se prend aujourd'hui dans une acception bien plus étendue qu'autrefois.

Avant d'émettre une opinion sur l'essence des scrofules, sur laquelle on a beaucoup disputé, il nous paraît important de rechercher les causes de cette affection, dont l'étude nous dévoilera peut-être sa nature. Ces causes peuvent être distinguées en déterminantes et en prédisposantes.

C'est surtout dans l'enfance qu'il est facile d'observer l'affection strumeuse et sous sa forme primordiale, c'est-à-dire la tuméfaction et l'engorgement des glandes lymphatiques. Les circonstances dans lesquelles cet engorgement se manifeste ne sont pas fort difficiles à apprécier. Le froid humide est celle qu'il est le plus facile de constater. Tous les ans, vers la fin de l'automne, rien n'est plus commun que de voir paraître ou s'exaspérer ces engorgements lymphatiques chez les enfants. La privation des rayons solaires, l'habitation des lieux humides, l'alimentation mauvaise ou insuffisante, l'allaitement vicié, agissent de la même manière. De toutes ces causes déterminantes, les unes ne sont que la privation des stimulants nécessaires à la vie, et sont indirectement débilitantes; les autres débilitent directement. Les circonstances sous l'influence desquelles apparaissent les scrofules, ou les causes déterminantes, sont donc essentiellement débilitantes.

Si nous cherchons maintenant à connaître les causes prédisposantes, ces données se trouvent insuffisantes. Combien voyons-nous d'enfants, élevés dans la misère et la malpropreté, échapper aux scrofules; et d'un autre côté il n'est pas rare de voir ceux que la naissance et la fortune devraient en préserver, conserver le cachet de cette constitution, en dépit des précautions d'une

sage hygiène. On ne saurait trop insister sur cette différence, qui donne la mesure du rôle que joue dans la production des scrofules la transmission héréditaire. Voilà, selon nous, la véritable cause prochaine de cette fâcheuse constitution, et voici de quelle manière nous expliquons son origine.

Si nous supposons un individu né de parents jeunes et jouissant de la plénitude de la vigueur et de la santé, nous pensons que, quelque assujéti qu'il soit aux causes déterminantes des scrofules, cet individu ne subira pas l'action de ces causes, à moins de les supposer d'une intensité et d'une continuité qui ne peuvent guère coïncider. Ce n'est pas que sa constitution robuste doive n'en éprouver aucune atteinte; elle en sera certainement modifiée, mais pas assez profondément pour donner lieu à l'apparition des scrofules. Mais si ce sujet en est exempt lui-même, il n'en sera pas ainsi de ses enfants, auxquels il transmettra sa constitution détériorée. Les causes qui ont altéré celle-ci, continuant d'agir, non plus sur une constitution vierge de prédispositions (qu'on me passe cette expression), mais déjà modifiée dans le sens où ces causes agissent, la diathèse scrofuleuse pourra se manifester. Il est inutile de dire que cette maladie véritable sera transmissible par voie d'hérédité; mais, pour le dire en passant, la forme ne sera plus la même. Nous allons revenir sur ce point.

Dans cette théorie, le type primitif de l'espèce humaine ne serait pas apte à contracter les scrofules. Telle est en effet la conclusion à laquelle nous voulons arriver. Observées sous leur forme élémentaire caractérisée par

la prédominance des fluides blancs dans l'enfance et la flaccidité des tissus, les scrofules ne sont en définitive pour nous que l'expression ou la traduction d'une constitution primitive affaiblie. C'est, pour me servir de l'expression d'un auteur moderne, le paiement d'une dette contractée par l'hérédité, ou plutôt par les parents au préjudice de leurs descendants.

Nous avons dit que les causes déterminantes des scrofules étaient débilitantes : celles qu'on peut considérer comme prédisposantes nous paraissent de même nature. Si tant de parents se récrient sur la mauvaise santé de leurs enfants, qu'ils ne savent, disent-ils, à quoi attribuer, n'ayant jamais éprouvé eux-mêmes de symptômes de scrofules, le médecin doit, sinon éclairer ces parents, au moins s'éclairer lui-même par des questions adroites. Qui ne sait en effet qu'un père atteint de syphilis procrée presque inévitablement des scrofuleux ? Qui n'a observé que les enfants nés de parents vieux ou affaiblis apportent en naissant les signes de cette constitution ? Pour nous, nous avons cru remarquer qu'en général, dans les familles nombreuses, où par conséquent des enfants ont été procréés à des âges différents des parents, il existe une progression décroissante des premiers aux derniers nés sous le rapport de la beauté et de la vigueur, ceux-ci paraissant toujours plus disposés à la dégénérescence scrofuleuse.

Nous pensons que, quelle que soit la cause qui ait détérioré la constitution des parents, elle expose leur postérité à l'affection strumeuse. Ainsi l'homme des champs, épuisé par le travail et les privations en tout genre, donnera la vie à des scrofuleux ; et le citadin, qui n'est

point assujéti à ces causes débilitantes, léguera à ses enfants cette même constitution, fruit d'excès ou d'écarts de régime. L'homme de cabinet, dont la contention d'esprit habituelle est aussi un excès, verra naître des enfants souvent remarquables par le développement précoce de leur intelligence ; mais la gracilité de leurs membres, leurs contours arrondis, une maigreur véritable déguisée par une sorte de flaccidité des tissus, révéleront au médecin les scrofules originelles, diagnostic trop souvent justifié par la fin prématurée de ces sujets au milieu des plus belles espérances.

Avant de traiter la question de l'essence des scrofules, suivons cette maladie sous quelques-unes de ses formes ou de ses degrés. La première nuance est caractérisée par la bouffissure, l'abondance des fluides blancs, une sorte d'empâtement, l'épaisseur des lèvres, un teint blafard, etc. C'est la première forme sous laquelle on les observe. La maladie est alors aussi externe que possible; elle est, pour ainsi dire, à sa plus simple expression, et elle diffère peu de l'état normal désigné sous le nom de constitution ou tempérament lymphatique.

Lorsque l'affection est transmise des parents aux enfants, elle peut être considérée comme étant au second degré, on pourrait dire *à la seconde puissance*, à l'imitation des médecins allemands, qui empruntent au langage mathématique cette expression d'une quantité reproduite ou multipliée par elle-même. Alors l'exubérance lymphatique semble s'être portée de l'extérieur à l'intérieur. Au lieu de formes arrondies, d'un embonpoint factice, il existe souvent une maigreur assez prononcée; mais, en même temps, le système

osseux devient le siége de phénomènes qui annoncent un certain degré de ramollissement. Le développement des os est rapide, et s'opère surtout dans le sens de la longueur, en même temps que la partie spongieuse au voisinage des articulations reste d'une grosseur démesurée. De cette disposition résultent la longueur du cou et des membres thoraciques, et le rétrécissement du thorax. Une conséquence de ce rétrécissement est la saillie des omoplates, qui semblent se détacher du tronc comme des ailes (*alarum instar*). Ces sujets présentent souvent, au lieu du teint blafard particulier aux scrofules primitives, une coloration vive, striée et circonscrite. Lisez les beaux tableaux des symptômes de la constitution hémoptysique que nous ont laissés Aretée, Sauvages, Baume, Bayle et Laennec, et vous y retrouverez ces caractères. C'est la constitution tuberculeuse de l'école moderne, quoiqu'à vrai dire elle ne soit pas spécialement exposée à ce genre de lésions.

A un degré plus élevé encore, je veux dire lorsque les scrofules secondaires sont transmises par voie de génération, la maladie affecte une autre forme ; elle se localise de plus en plus, sans pour cela cesser d'être générale : c'est la loi générale des affections héréditaires. C'est alors qu'on observe les affections articulaires, la goutte, les rhumatismes, et quelques autres altérations de fonctions qu'on a désignées sous le nom de *vices*.

Il paraît au premier abord que c'est abuser étrangement de l'analogie, que de faire découler des scrofules, comme cause première, la plupart des infirmités qui affligent notre espèce ; essayons de justifier ces analogies.

Personne ne conteste aujourd'hui l'identité de la maladie tuberculeuse avec les scrofules ; or, les tubercules constituent un bien plus grand nombre de maladies qu'on ne le croyait autrefois. C'est à ces productions morbides qu'il faut attribuer le carreau dans l'enfance, tuberculisation des ganglions mésentériques, si souvent liée à la même dégénérescence pulmonaire. L'histoire de la phthisie est trop connue pour qu'il soit nécessaire de dire que les tubercules en forment le caractère anatomique. Il n'en est pas ainsi de l'hydrocéphale aiguë chez les enfants, affection dont l'incurabilité constante faisait depuis longtemps soupçonner une lésion organique que des investigations récentes ont enfin révélée. Les tubercules miliaires répandus dans la substance cérébrale et sur les membranes qui l'enveloppent, en forment le véritable caractère. Dans la Hollande, terre classique des scrofules, la maladie dont nous parlons fait des ravages effroyables. Voilà encore une nuance de l'affection scrofuleuse.

Contestera-t-on que les maladies nommées tumeurs blanches, arthrocace, luxation spontanée, soient dues à la dégénérescence tuberculeuse des os ? Mais encore ici, dans le plus grand nombre des cas, nous retrouvons d'autres tuberculisations et en particulier celle du poumon, présomption bien forte pour juger par analogie. Nous observerons encore la liaison du vice rhumatismal avec la maladie appelée tumeur blanche ; elle est telle, que tous les auteurs mettent cette cause en première ligne. Quant à la goutte, il est difficile de nier son rapport avec le rhumatisme. Je pourrais encore

chercher de l'analogie entre cette dernière maladie et quelques affections des reins et de la vessie, mais on peut borner ici la filiation des maladies d'origine scrofuleuse. Je ne puis toutefois passer sous silence le rapport qui existe entre les diverses productions sans analogue de l'économie, savoir : le tubercule, la matière encéphaloïde et squirreuse, la mélanose, dont le caractère commun est de tendre à un ramollissement constant. Des auteurs ont vu dans le tubercule du poumon une sorte de cancer ; et la matière encéphaloïde qui oblitère les veines des organes glanduleux peut à peine, avant son ramollissement, être distinguée de la matière tuberculeuse. Ne serait-il pas possible que, modifications d'un même principe, ces diverses lésions organiques revêtissent des formes variées, de même que le calorique, le magnétisme et la lumière sont toujours le fluide électrique diversement modifié ? Cette dernière proposition est plus que vraisemblable aujourd'hui.

Essayons de dire maintenant en quoi consiste l'essence de la maladie scrofuleuse. Produit d'actions débilitantes, c'est certainement une débilitation. Mais qu'est-ce que c'est que cette débilitation ? Voici quelles sont nos idées à ce sujet.

Observez l'homme affaibli par une cause quelconque, le premier changement appréciable est la pâleur et la flaccidité des chairs. Voyez le convalescent et l'embonpoint rapide et factice qu'il recouvre, voilà l'idée et le caractère élémentaire des scrofules. La nutrition a subi une altération particulière, mais cette altération est elle-même la conséquence de la modification de l'in-

nervation. Par un défaut d'animalisation, mais non d'assimilation, il y a plus de liquides que de solides employés à la nutrition, de là la flaccidité et l'excès de lymphe. Les organes de l'absorption, loin d'avoir un surcroît d'activité, ressentent les premiers effets de la débilitation, et ne saisissent les molécules liquides que par leur impuissance à s'emparer des solides; et comme l'assimilation des substances liquides répare beaucoup moins que celle des substances solides, les organes suppléent la qualité par la quantité, de là ce luxe de nutrition. L'organisme a fait une cession d'animalité, si je puis m'exprimer ainsi, et la vie un pas rétrograde vers le règne végétal. Moins vivant que les autres, et, en quelque sorte, organe de transition de l'animal au végétal, le système lymphatique révèle le premier cette transformation. Comme conséquence des changements primordiaux opérés dans la nutrition, la force excentrique ou d'exhalation est en souffrance, circonstance qui favorise la formation des engorgements, en maintenant les liquides à la circonférence. Pour bien comprendre cette dégénérescence, il ne faut pas oublier qu'elle est le produit de causes qui ont agi sur les auteurs de cette constitution, de sorte que les scrofuleux au premier degré sont issus de parents qui n'étaient point scrofuleux eux-mêmes.

C'est cette matière incomplètement animalisée qui nous paraît l'origine des congestions que présentent les scrofuleux, soit sous forme d'engorgements dans les ganglions cervicaux, soit sous forme de tubercules à l'intérieur.

Nous avons dit que les scrofules se localisent et se

portent à l'intérieur en passant par la filière de l'hérédité; il résulte de là que plus elles sont récentes, moins elles compromettent la santé et la vie. Mais, en se perpétuant par voie de génération, elles envahissent les organes les plus importants. C'est alors qu'elles deviennent la source des désordres les plus graves, autant par leur caractère de lésion organique que par une sorte de faculté de multiplication ou repullulation. Les tubercules pulmonaires ne seraient peut-être pas constamment incurables, s'ils se manifestaient par une éruption unique; mais on sait aujourd'hui qu'il s'en fait plusieurs éruptions successives, du moment où le travail de cicatrisation commence à s'opérer. Pour les autres lésions organiques, telles que le cancer, la faculté de repullulation est encore plus grande. Enfin, sous quelque forme que se manifeste l'affection scrofuleuse, elle est d'autant plus difficile à détruire, qu'elle s'éloigne plus de sa forme primitive.

Doit-on admettre un virus scrofuleux ? Si l'on entend par cette expression un principe matériel transmissible par inoculation, on doit le rejeter jusqu'à ce que des expériences concluantes en aient démontré l'existence. Jusqu'à présent la question paraît avoir été résolue négativement.

La question de la contagion est plus délicate. Avant d'essayer de la résoudre, il faut établir des distinctions importantes, selon la forme ou variété des scrofules. Si les anciens ont jugé que les écrouelles pouvaient se communiquer, ils avaient probablement cette opinion des tumeurs ulcérées qui étaient la principale et peut-être la seule forme sous laquelle ils observaient cette

maladie. Cependant, même à l'état d'ulcères, rien n'est moins prouvé que la contagion des scrofules. Relativement aux scrofules secondaires et à l'affection tuberculeuse en particulier, quoique notre opinion personnelle soit contraire à la contagion, nous pensons qu'il ne faut prononcer qu'avec circonspection. La phthisie a été jugée contagieuse par plusieurs médecins de l'antiquité, et l'on cite des faits à l'appui de cette opinion. Il ne serait pas difficile, je le crois, d'en opposer à ceux-ci; mais, en matière d'observation, quelles raisons avons-nous de croire que le jugement de nos devanciers fût plus erroné que le nôtre ? On pourrait peut-être trouver dans l'influence du climat la cause de cette divergence d'opinions. Toujours est-il que, dans certains départements de France, le préjugé est tellement fort, qu'on livre aux flammes toutes les hardes qui ont servi à l'usage des phthisiques. Il y a, du reste, dans les influences réciproques des êtres organisés vivant en commun, quelque chose de si mystérieux, qu'on doit, je le répète, ne prononcer qu'avec réserve en matière de contagion, la plus controversée et la plus difficile à résoudre peut-être de toutes les questions médicales.

Le traitement des scrofules doit se diviser naturellement en prophylactique et en curatif. D'après les idées que nous venons d'émettre, celui qui se soumet au premier travaille moins pour lui que pour sa postérité. Ce traitement consiste à éviter tout ce qui peut détériorer la constitution, et à réparer ses erreurs par une vie sage et réglée. Les lois de l'hygiène sagement appliquées forment la base de ce traitement,

qui est également approprié aux scrofules primitives. Mais il faut, de plus, dans ce dernier cas, mettre en usage quelques moyens stimulants indépendamment de ceux qui sont propres à fortifier l'économie. L'alimentation tonique et réparatrice, uniquement ou presque uniquement composée de substances animales en petite quantité, telle est, selon nous, la première condition à remplir. Si l'on joint à ce régime l'usage des vêtements de laine sur la peau, l'habitation en plein air, l'insolation, l'éloignement de toute contention prématurée d'esprit, on aura l'ensemble des moyens les plus propres à modifier avantageusement la constitution scrofuleuse. Lorsqu'il existe des engorgements externes, quelques agents thérapeutiques deviennent nécessaires; l'iode paraît avoir rendu quelques services : du reste, ce traitement est trop varié pour que nous puissions entrer dans ses détails.

Il est plus difficile de corriger le second degré des scrofules chez les sujets issus de parents qui ont eux-mêmes présenté les symptômes de cette affection. Lorsqu'au lieu du développement du système lymphatique, on observe une certaine maigreur jointe à la flaccidité des muscles, on doit craindre la formation de congestions internes, si elles n'existent déjà. Dans cette circonstance, les excitants ne sont plus aussi utiles; souvent même, à raison de la grande irritabilité de ces sujets, ils hâtent l'apparition des lésions organiques. C'est chez ces sujets qu'on trouve la coloration vive des pommettes, et les autres symptômes d'activité de l'hématose dont nous avons parlé. Les conditions hygiéniques les plus convenables à ces individus sont

l'habitation d'un climat tempéré et voisin de la mer. L'air des montagnes leur est funeste, au témoignage des anciens, et les expose irrévocablement à la tuberculisation pulmonaire.

Les moyens thérapeutiques sont en petit nombre. Cependant une médication alcaline paraît être d'une utilité incontestable. Bayle, qui a connu l'histoire des affections tuberculeuses, autant par une cruelle expérience que par ses recherches savantes, n'hésite pas à prononcer que le carbonate de potasse ou de soude, employé avec persévérance, peut prévenir le développement de la phthisie pulmonaire. Quoi qu'il en soit, si le premier degré des scrofules est remarquable par cette inertie propre au tempérament lymphatique qui autorise l'usage des excitants, il n'en est pas ainsi des scrofules secondaires où l'on trouve une impressionnabilité des plus grandes qui contraste singulièrement avec cette inertie primitive. On pourrait, à cette occasion, faire ressortir cette vérité que l'impressionnabilité est toujours en raison directe de la faiblesse naturelle ou acquise; mais cette digression nous entraînerait trop loin. Contentons-nous de dire, en finissant, que les sujets qui présentent la constitution dont nous parlons doivent être soustraits avec le plus grand soin aux causes d'excitation qui ont pour effet d'abréger plus ou moins leur existence précaire.

Résumons en quelques propositions la substance de ce travail.

1. On doit définir les scrofules une affection générale de l'économie, qui a pour symptômes primitifs le développement excessif du système lymphatique coïncidant avec la flaccidité des autres tissus.

2. L'essence de cette maladie est dans une modification de l'innervation nutritive au préjudice de l'animalisation des substances assimilées.

3. Les scrofules doivent être distinguées en primitives et secondaires, selon que les individus apportent cette constitution en naissant, ou qu'ils sont issus de parents scrofuleux eux-mêmes.

4. Toutes les causes capables de détériorer à la longue la constitution peuvent produire les scrofules, non pas sur ceux qui supportent ces causes, mais sur leur postérité.

5. Essentiellement héréditaire, cette affection devient constitutionnelle, et se localise de plus en plus sans cesser d'être générale. Les scrofules secondaires affectent les formes les plus variées, et sont l'origine des lésions organiques les plus graves.

6. Dans le traitement des scrofules, les excitants conviennent d'autant moins que la maladie s'éloigne plus de son type primitif.

7. Aucuns faits n'autorisent jusqu'à présent à prononcer qu'elle soit contagieuse.

MÉMOIRE

SUR

LA CONGÉLATION ARTIFICIELLE DE L'EAU,

ET SUR LE MOYEN

DE TRANSPORTER LA GLACE PENDANT LES CHALEURS,

Par P.-P. Malapert,

Pharmacien à Poitiers.

Perfectionnement du mode opératoire pour obtenir la congélation artificielle de l'eau. — Description de nouveaux appareils.

On connaissait depuis très-longtemps les moyens de produire du froid artificiel, d'opérer même la congélation du mercure; on faisait ces opérations dans les leçons de chimie et de physique ; mais personne n'avait encore appliqué ces notions aux besoins thérapeutiques, lorsqu'en 1825 M. Courdemanche, pharmacien à Caen, fit un mémoire sur la congélation artificielle de l'eau, et donna un procédé pour l'obtenir. (Journal de pharmacie, t. XI, p. 584.)

Avant cette époque, lorsque l'on jugeait convenable d'avoir recours à l'action du froid, on était obligé de se contenter des mélanges frigorifiques. Ces mélanges, qui pouvaient être appliqués à la température de—10°, ne tardaient pas à se mettre en équilibre de température avec l'air ambiant et la partie malade; on était forcé de les renouveler souvent, et malgré ces précautions on ne pouvait éviter de brusques et dangereuses transitions, sous l'influence desquelles l'application du froid devenait souvent non moins dangereuse que désagréable, et pouvait amener une augmentation des symptômes mêmes que l'on cherchait à combattre. La glace est appliquée à 0°, et se maintient au même degré jusqu'à ce qu'elle soit entièrement fondue; l'abaissement de température est uniforme et constant, et l'on obtient sans danger tout l'effet désirable de ce moyen de médication.

M. Courdemanche a donc rendu un grand service à l'humanité, en donnant le moyen de faire avec facilité assez de glace pour les besoins de la pratique médicale. Les bienfaits qui en résultent lui mériteront à jamais la reconnaissance du pays entier, mais plus encore celle des contrées méridionales où il est souvent fort difficile de se procurer de la glace naturelle. Mais son procédé était, comme toutes les nouvelles découvertes, susceptible de perfectionnement; aussi fut-il modifié par MM. Boutigny, pharmacien à Evreux, et Dumeylet, ancien député. (Bulletin général de thérapeutique, et Journal de chimie médicale, 10e année, août 1834.)

M. Courdemanche conseillait d'étendre d'eau l'a-

cide sulfurique, de manière à ce qu'il ne marquât plus que 36° à l'aréomètre, et M. Boutigny l'emploie à 41°; avec celui-ci on obtient un abaissement de —13° et au-delà, tandis qu'avec le premier on obtient seulement 8°, 15.

Ayant eu souvent l'occasion d'opérer la congélation artificielle de l'eau, j'ai pensé qu'on pourrait l'obtenir dans un temps plus court et à moins de frais que ne l'ont fait mes prédécesseurs. Dans cet espoir, j'ai tenté quelques essais dont je vais faire connaître les résultats, en citant les théories sur lesquelles je me suis fondé.

1° La vapeur aqueuse répandue dans l'atmosphère est un obstacle à la congélation artificielle : elle se condense sur l'appareil à la surface des mélanges frigorifiques et de l'eau même à congeler, et leur cède par conséquent une grande quantité de calorique. On peut s'en convaincre par l'expérience suivante : si l'on introduit un mélange frigorifique dans un flacon, l'on voit bientôt l'humidité contenue dans l'atmosphère paraître sous forme de vapeur épaisse, dont une partie se précipite et se congèle sur la paroi du vase.

2° Les linges mouillés, employés avec avantage pour rafraîchir de l'eau contenue dans des bouteilles, nuisent à la congélation artificielle; l'eau dont ils sont imprégnés, étant à une température beaucoup plus élevée que celle du mélange, lui cède de son calorique. Je m'en suis convaincu par l'expérience suivante : j'ai pris deux flacons à large goulot, égaux autant que possible; j'ai introduit dans chacun d'eux un mélange frigorifique, j'en ai laissé un nu, et j'ai entouré l'autre d'un linge double mouillé; la température était à + 15°; le

thermomètre a monté plus rapidement de — 14° à — 1° dans le flacon entouré de linge mouillé que dans l'autre, et plus lentement que dans celui-ci de 0° à + 5°, comme on le voit dans ce tableau :

INTERVALLES.	MARCHE DU THERMOMÈTRE	
	dans le flacon nu.	dans le flacon entouré de linge mouillé.
6 heures 30 minutes.	— 14°	— 14°
6 35	— 11°, 10	— 8°, 10
6 40	— 7°, 25	— 6°
6 45	— 6°	— 4°, 25
6 50	— 5°	— 3°
6 55	— 3°, 75	— 2°
7	— 2°, 25	— 1°, 75
7 5	— 0°, 75	— 0°, 75
7 9	0°	0°
7 15	+ 2°	+ 1°
7 21	+ 5°	+ 2°
7 30		+ 4°, 75
7 32		+ 5°

Il est aisé de concevoir ce qui se serait passé, si l'on eût soumis de l'eau à l'action des deux mélanges : elle

eût été plus tôt congelée dans le flacon nu, et la glace eût mis plus de temps à fondre dans l'autre.

3° Pour que l'opération réussisse, il n'est pas nécessaire de détacher les glaçons à mesure qu'ils se forment : j'ai plusieurs fois pris cette précaution, et j'ai remarqué que des fragments de glace, venant à la surface de l'eau, s'y dissolvaient en partie, quoique la congélation continuât au fond du vase ; et, à la fin de l'opération, les glaçons n'étaient pas aussi fermes que quand je les laissais se former sans les déranger.

4° Le bois de chêne étant moins mauvais conducteur que les bois poreux, comme le peuplier et le sapin, c'est à ces derniers que je donne la préférence.

M'opposer, autant que possible, au passage du calorique des corps environnants dans les mélanges frigorifiques, éviter le contact de l'air, empêcher l'action de l'acide sulfurique sur les matériaux des appareils, et produire le plus de rayonnement possible à travers les vases qui contiennent l'eau, afin que le calorique latent de celle-ci passe plus promptement dans les mélanges frigorifiques ; telles sont les conditions que j'ai cherché à remplir. Pour déterminer le choix des matériaux dont les conditions physiques seraient les plus avantageuses, et la forme à donner à mes appareils, je fis les opérations suivantes :

Je préparai 12 vases différents ; j'introduisis dans chacun d'eux 1 once 4 gros d'acide sulfurique étendu ; ensuite je pesai sur 12 feuilles de papier 12 doses de sulfate de soude pulvérisé de 2 onces chaque ; j'abandonnai le tout sur une table pendant une heure, afin qu'avant la formation des mélanges la température

se mît partout en équilibre. J'opérai à la température de + 17°.

Voici le tableau de ces expériences :

DESCRIPTION DES VASES.	TEMPS que le thermomètre a mis pour monter de — 13° à 0°.
N° 1. Un flacon dit à baume opodeldoch. . .	35 min.
2. Deux petites boîtes en bois de hêtre, de grandeurs différentes, contenues l'une dans l'autre, l'intervalle rempli d'air.	40
3. Un flacon à baume opodeldoch, verni à l'extérieur.	43
4. Un flacon à baume opodeldoch, verni et bouché avec du liége.	45
5. Un tube de verre de 9 pouces de long et 14 lignes de diamètre, fermé à l'un de ses bouts, recouvert d'un enduit composé de cire, résine, poix blanche et suif.	57
6. Un flacon à baume opodeldoch, fixé dans un autre 4 fois plus grand, l'intervalle rempli de charbon sec pulvérisé.	61
7. Un vase comme le n° 2, en peuplier, l'intervalle rempli d'air.	63
8. Un vase comme le n° 6, l'intervalle rempli d'air.	72
9. Un vase comme le n° 2, verni, l'intervalle rempli d'air.	74
10. Un vase comme le n° 6, l'intervalle rempli de coton.	90
11. Le petit appareil figure 1re (voir plus loin la description) sans son couvercle.	103
12. Un flacon à baume opodeldoch, fixé dans un étui de carton d'un pouce de plus de diamètre, l'intervalle rempli de coton, tout l'extérieur verni.	123

Les bois des vases n°s 2 et 7 furent pénétrés par l'acide des mélanges, et il dut en résulter une légère production de chaleur qui fit monter le thermomètre un peu plus rapidement qu'il n'aurait fait. Comme je ne tenais pas à obtenir des résultats très-rigoureux, je pus néanmoins fixer mon choix.

Pour voir à quel degré de densité l'acide sulfurique serait le plus convenable, je fis les expériences dont le tableau suit.

J'employai pour chaque mélange 2 onces de sulfate de soude pulvérisé, et 1 once 4 gros d'acide étendu.

DEGRÉ de l'acide à l'aréomètre, à la température de + 14°.	ABAISSEMENT de température.
42°	de + 17° à — 11°, 15
43°	de + 17° à — 12°
44°	de + 17° à — 12°, 75
45°	de + 17° à — 13°
45°	de + 14° à — 16°
46°	de + 17° à — 12°

L'acide à 45° dissout une plus grande proportion de sulfate de soude qu'à 46° ou 44° et au-dessous; c'est ce qui explique l'abaissement plus considérable de température auquel il donne lieu : on l'obtient en mêlant 3 d'acide à 66° et 2 d'eau (j'emploie l'eau de pluie). 12 d'acide ainsi étendu dissolvent 17 1/2 de sulfate de

soude avant que le mélange soit arrivé à 0°; et au moment où la dissolution commence, le thermomètre descend de + 14° à — 17°, si le sulfate est en poudre fine.

Description des appareils.

Figure 1re. Petit appareil au moyen duquel on peut opérer la congélation à la température la plus élevée de l'atmosphère.

Il se compose :

D'un flacon A, à large goulot, en fer-blanc, de 4 pouces de hauteur, y compris le col, et 22 lignes de diamètre intérieur, entouré de coton cardé B, contenu dans une boîte cylindrique en carton CC, de 4 pouces 8 lignes de hauteur et 2 pouces 8 lignes de diamètre; le tout est placé dans une autre boîte cylindrique DD, en fer-blanc, de 6 pouces de hauteur et 3 pouces 8 lignes de diamètre; l'intervalle E de ces deux boîtes est rempli d'un mastic fait avec 6 parties de résine de pin, 4 de poix blanche, 4 de cire blanche et une de suif. Les 3 pièces sont recouvertes et maintenues par un rond en fer-blanc FFF, percé au milieu, afin que le goulot du flacon A reste ouvert.

Le couvercle se compose de deux boîtes en fer-blanc GG, de même forme; l'une de 2 pouces de haut, du diamètre extérieur de l'appareil; l'autre, de 12 lignes de haut et 18 lignes de diamètre, est fixée dans la première; l'intervalle H de ces deux boîtes est rempli du mastic dont j'ai parlé; elles sont assujéties ensemble par un rond en fer-blanc, semblable à celui qui maintient les pièces du corps de l'appareil. Une anse K, en

fil de fer, permet de porter avec facilité l'appareil tout monté.

Afin d'empêcher l'eau en ébullition de pénétrer dans le mélange, on enduit les bords de l'appareil d'un mastic composé d'une partie de cire blanche et 2 d'huile (de manière que celui-ci se trouve comprimé entre le corps et le couvercle). On introduit dans le flacon A 4 onces 3 gros de sulfate de soude pulvérisé, et 3 onces d'acide sulfurique à 45°. On plonge dans ce mélange une petite boîte (que je désignerai sous le nom de moule) en fer-blanc J, de 4 pouces 6 lignes de hauteur, 18 lignes de longueur en haut et 17 lignes au fond, 2 lignes 1/2 de largeur à l'ouverture et 2 lignes au fond, dépolie avec un morceau de pierre ponce, et vernie extérieurement, contenant 4 gros d'eau; on recouvre immédiatement, et l'on place le tout dans une bassine contenant 6 litres d'eau en ébullition; on laisse bouillir pendant 10 minutes. Au bout de ce temps, on retire l'appareil, et l'on trouve 3 gros 1/2 d'eau congelée; le thermomètre descend encore de + 15° à — 5°. On remet 4 gros d'eau dans le moule que l'on plonge dans le même mélange (cette fois, on laisse l'appareil hors de l'eau bouillante), et dans 14 minutes il se forme encore 2 gros 1/2 de glace.

Je n'ai construit cet appareil que pour démontrer la possibilité d'opérer la congélation artificielle dans l'eau bouillante. Voici la description de celui dont je me sers pour préparer instantanément de la glace :

Un flacon en fer-blanc, à large goulot, entouré de coton, maintenu dans une boîte cylindrique, aussi en fer-blanc, à laquelle est adapté un couvercle de même

matière, semblable, quant à la forme, à celui de l'appareil précédent ; mais le coton remplace le mastic.

On met dans le flacon 5 onces d'acide sulfurique à 45°, et 7 onces de sulfate de soude pulvérisé ; on plonge dans ce mélange le petit moule en fer-blanc contenant 5 gros d'eau ; celle-ci est congelée dans 7 minutes ; on peut en soumettre encore 4 gros à l'action du même mélange, et retirer, au bout de 10 minutes, 3 gros de glace ; enfin, si l'on soumet une troisième fois 3 gros d'eau à l'action du même mélange, on peut, au bout de 20 minutes, retirer encore une petite quantité de glace, mais peu consistante.

Aussitôt que la glace est demandée, on garnit ce petit appareil ; on l'envoie chez le malade : la congélation s'opère dans le trajet même le plus court. Ainsi, dans aussi peu de temps qu'il en faut pour préparer la potion la plus simple, on obtient de la glace en quantité suffisante pour administrer intérieurement ; d'ailleurs on peut, avec un appareil plus grand, de la même forme ; ou mieux, semblable à celui dont je vais donner la description, et au moyen de plusieurs moules très-étroits, congeler une plus grande quantité d'eau en aussi peu de temps, faire dans l'appartement du malade une seconde et même une troisième opération sans renouveler le mélange.

Figure 2. Il se compose :

1° D'une boîte en bois blanc (peuplier) A de 15 pouces de hauteur, 12 pouces de longueur, et 8 pouces 6 lignes de largeur ; à 6 lignes du bord est un filet carré B sur lequel portent les bords d'un couvercle CC. Les

planches dont cette boîte est construite n'ont que 4 lignes d'épaisseur;

2° D'une autre boîte en fer-blanc DD, haute de 12 pouces 6 lignes, longue de 6 pouces 3 lignes à l'ouverture et 5 pouces 8 lignes au fond, large de 3 pouces 6 lignes à l'ouverture et 3 pouces au fond, munie d'un rebord en fer-blanc EE, assez large pour être fixé sur la boîte en bois qui la contient; l'intervalle F de ces deux boîtes est rempli de coton cardé;

3° D'un couvercle G tout en bois, fait comme le corps de l'appareil, de 2 pièces HH contenues l'une dans l'autre, assujéties au moyen de planchettes II, et dont l'intervalle J est rempli de coton;

4° De 2 moules K en fer-blanc, destinés à contenir l'eau que l'on veut faire congeler, hauts de 12 pouces 6 lignes, longs de 4 pouces 8 lignes à l'ouverture et 4 pouces 5 lignes au fond, larges de 7 lignes à l'ouverture et 6 lignes au fond, dépolis et vernis.

Tout l'appareil est également verni (1), de sorte qu'il est inattaquable par l'acide, et peut être lavé après l'opération.

On met dans la boîte 6 livres 12 onces de sulfate de soude pulvérisé, et 4 livres 8 onces d'acide sulfurique à 45°; on plonge dans ce mélange les deux moules, dans chacun desquels on a préalablement mis une livre d'eau; on couvre l'appareil, et au bout d'un quart d'heure on agite le mélange avec une baguette en bois

(1) Je compose le vernis avec: sandaraque, 3 parties; térébenthine très-belle et alcool à 36°, de chaque 8 parties. Je fais dissoudre au bain-marie, et filtre après le refroidissement.

verni ; on réitère cette manœuvre une ou deux fois dans le cours de l'opération qui ne dure que 40 minutes, sans que l'on soit obligé de renouveler le mélange, et quelle que soit la température de l'atmosphère, pourvu que celle de l'acide et du sel ne soit pas à plus de + 13° avant leur mélange, et que l'on tienne l'appareil exactement fermé.

Si, après avoir retiré la glace des moules, on remet 8 onces d'eau dans l'un d'eux, et qu'on le plonge dans le même mélange, on obtient encore 8 onces de glace dans l'espace de 50 à 60 minutes.

Si au lieu de deux moules on n'en emploie qu'un de même hauteur, mais de 14 lignes de largeur, il faut presque 2 heures pour congeler 2 livres d'eau ; au contraire, si l'on en emploie 3 de 4 lignes seulement de largeur, on obtient 2 livres de glace dans l'espace de 20 à 25 minutes ; mais cette glace mince ne se conserve pas aussi longtemps que celle qui aurait 14 lignes d'épaisseur ; il est donc préférable d'opérer dans des moules plus larges, quand on n'est pas trop pressé.

Avec un appareil quatre fois plus grand, et au moyen de huit moules contenant chacun une livre 4 onces d'eau, on obtient 10 livres de glace en 45 minutes ; on pourrait en obtenir beaucoup plus dans le même temps avec un appareil proportionné, et toujours avec un seul mélange qui serait, en poids, à l'eau qu'on voudrait faire congeler, comme 9, 25 est à 2, puisqu'on obtient 2 livres 8 onces de glace avec un mélange qui ne pèse que 11 livres 4 onces.

On m'objectera peut-être que la dimension que je donne en hauteur aux appareils est trop grande en pro-

portion des autres dimensions. On aura raison sous un rapport : c'est que la pesanteur spécifique de l'acide étendu étant moindre que celle du sulfate, celui-ci se précipite au fond de la boîte, où il se dissout en plus grande partie; aussi la congélation s'opère-t-elle plus vite au fond des moules qu'à l'ouverture.

Voici les avantages que l'on retire des appareils beaucoup plus hauts que longs :

1° Une seule boîte peut servir à faire de la glace dans plusieurs proportions; si, par exemple, on ne veut en obtenir qu'une livre ou une livre 8 onces au lieu de 2 livres, on ne met dans l'appareil que la moitié ou les 3/4 du mélange nécessaire pour 2 livres, et 8 onces ou 12 onces d'eau dans chaque moule : par ce moyen on n'est pas obligé d'avoir autant d'appareils que l'on a de fractions de glace à faire.

2° Quand on découvre les appareils pour agiter les mélanges, ceux-ci, ainsi que l'eau des moules, ont moins de surface en contact avec l'air, ce qu'il est très-important d'observer, surtout quand on opère dans une atmosphère dont la température est à + 25° ou + 30°.

Moyen de transporter la glace pendant les chaleurs.

La glace artificielle revient à un prix trop élevé pour qu'on néglige de chercher un moyen facile de la transporter par un temps chaud. Il y a quelques mois, je voulus m'occuper de cet objet important; mais je n'eus pas le temps de construire des appareils, et, maintenant que la glace manque dans notre ville, je suis obligé

d'ajourner mon projet jusqu'à ce que je trouve l'occasion de le mettre à exécution.

Sans m'arrêter aux moyens employés, surtout en Angleterre, pour en transporter des masses considérables, je me bornerai pour le moment à décrire un petit appareil portatif qui remplit à peu près le but que je me proposais.

Il consiste en une boîte ovale en fer-blanc, de 14 pouces 6 lignes de long, 5 pouces 6 lignes de diamètre dans le sens le plus large, et 2 pouces dans le plus étroit, avec un couvercle de même matière;

Une gaîne en feutre, fixée dans une autre boîte en carton, de même forme que la précédente, de 18 pouces 6 lignes de haut, 7 pouces 6 lignes de diamètre dans le sens le plus large, et 4 pouces dans le plus étroit, avec un couvercle, aussi en carton, au fond duquel est un coussin de coton; l'intervalle de la gaîne en feutre à la boîte en carton est rempli de coton. L'appareil est recouvert de 5 à 6 couches de vernis. Une courroie qui passe dans deux boucles, dont une est fixée à chaque bout, donne la facilité de porter l'appareil comme une boîte à herborisation, dont il a la forme.

Pour éprouver ce petit appareil, je fis deux essais : le premier, le 26 mai; j'y introduisis 2 livres de glace qui mit 38 heures à fondre à la température de + 15°;

Le deuxième, le 10 juin : 1 livre 15 onces de glace furent mises dans l'appareil; un thermomètre fut attaché sur celui-ci. Il était 9 heures du matin; je partis pour la campagne avec un de mes élèves; quoiqu'il fît très-grand chaud, nous évitâmes de passer à l'ombre; et

dans ce trajet (10 lieues environ), l'appareil fut ouvert 7 fois :

1° A 11 heures, la température étant à + 31°; nous n'y trouvâmes que très-peu de glace fondue ;

2° De 1 à 2 heures, 2 fois; nous en retirâmes de l'eau et environ 1 once de glace;

3° De 4 heures à 4 heures 1/2, 2 fois ; nous en retirâmes de l'eau et environ 1 once 1/2 de glace ;

4° A 5 heures, nous en retirâmes environ 6 gros de glace ;

5° A 6 heures , nous en retirâmes environ 4 gros de glace ;

6° Enfin, de retour à Poitiers, à 7 heures 40 minutes du soir , il nous restait encore 2 onces de glace.

Ainsi, quoique nous ayons ouvert 7 fois la boîte et retiré environ 4 onces 6 gros de glace, après 10 heures 3/4 de voyage à une température de + 28 à 29°, terme moyen, il en restait encore 2 onces.

La boîte en fer-blanc peut en contenir 4 livres 8 onces à 5 livres; il est probable que, si elle eût été remplie, nous en aurions rapporté 1 livre 8 onces à 2 livres, surtout si nous nous étions abstenus d'ouvrir l'appareil.

J'ai fait construire tout en fer-blanc un autre petit appareil, dont je donne la coupe (fig. 3). Il est plus solide que le premier, mais la glace s'y conserve moins longtemps, si l'on ne l'entoure pas de drap de laine blanc et épais.

Tel est, Messieurs, le résumé succinct des expériences auxquelles je me suis livré, afin de perfectionner le moyen d'obtenir, en tout temps et en tous lieux, un

agent thérapeutique très-puissant, et que, parfois, l'on n'est pas à même de se procurer à volonté et instantanément, comme les besoins l'exigeraient.

Description de la figure 3.

A. Boîte ovale en fer-blanc, dont le diamètre est de 5 pouces 3 lignes dans le sens le plus large, et 3 pouces 3 lignes dans le plus étroit.

B. Autre boîte ovale en fer-blanc, du diamètre de 7 pouces 6 lignes dans le sens le plus large, et 5 pouces 6 lignes dans le plus étroit.

C. Ovale en fer-blanc, qui réunit les deux boîtes à 6 lignes de leurs bords.

L'intervalle de ces deux boîtes est rempli de coton.

D. Couvercle de la boîte intérieure A.

E. Couvercle de la boîte extérieure B.

On place un coussin de coton entre les deux couvercles pour ralentir le passage du calorique.

P.-P. M.

Ce travail a été renvoyé à une commission composée de MM. Chevallier et Quotard, docteurs-médecins, et de tous les pharmaciens de Poitiers faisant partie de la Société de médecine. Cette commission a examiné avec autant de soin que d'intérêt tous les appareils inventés ou modifiés par l'auteur; elle a également répété toutes les expériences annoncées, et constaté la précision des résultats; enfin elle a pensé que M. Malapert a fait faire un pas à la science,

1° En établissant qu'avec de l'acide à 45° on obtient

un abaissement de température bien plus considérable que par le même acide à des degrés différents ;

2° En employant des corps isolants qui, plus que tous ceux *usités* jusqu'à présent, retardent le passage du calorique ;

3° En appliquant ce même principe d'isolement, et avec plein succès, à la conservation et au transport de la glace.

4° L'auteur du mémoire a apporté un grand perfectionnement aux moyens déjà connus de faire de la glace, et il a de plus, sur ses devanciers, le mérite d'être arrivé au meilleur résultat, en moins de temps, à moindres frais, et au moyen d'un seul mélange.

Le Secrétaire, ORILLARD, D. M. P.

Sirop de turions ou pointes d'asperges. — Formule proposée par M. MALAPERT, pharmacien à Poitiers.

Prenez turions d'asperges, } de chaque 20 livres ;
sucre blanc, }

Pilez-les ensemble par portions dans un mortier de marbre ; laissez ensuite égoutter sur un tamis de crin.

D'autre part :

Prenez turions d'asperges. . . . . 10 livres ;

Pilez-les pour en extraire le suc à la presse; servez-vous de ce suc pour enlever au marc resté sur le tamis le sucre qu'il a pu retenir ; exprimez fortement, et, après avoir battu deux blancs d'œufs dans le liquide, ajoutez-y :

Sucre blanc. . . . . 10 livres;

Mettez le tout dans une bassine étamée, faites jeter un bouillon, écumez et passez à la chausse.

Si ce sirop n'est pas assez concentré, on l'amène à la densité convenable en clarifiant trois ou quatre livres de sucre dans un poids égal de suc d'asperges ; on fait cuire à la plume, et l'on ajoute ce sirop bouillant au premier.

Le sirop d'asperges ainsi préparé, pris à la dose de une à deux onces, communique à l'urine l'odeur que lui font acquérir les asperges qu'on mange.

Pour le conserver, je le mets, comme à l'ordinaire, dans des bouteilles ; je laisse monter tout l'air qui peut y être retenu ; je mets ensuite à la surface quelques gouttes d'alcool à 36°, et je bouche quand je n'y aperçois plus de bulles.

L'alcool se réduit en vapeur qui remplace l'air, et empêche la fermentation et la moisissure.

J'emploie le même procédé de conservation pour les sirops de Cuisinier, de chicorée composé, etc.

Le sirop d'asperges obtenu de la première opération, filtré au papier, est limpide, verdâtre, aromatique et d'un goût désagréable d'asperges crues ; pris à la dose d'une cuillerée, il communique à l'urine l'odeur qu'elle acquiert quand on a mangé des asperges.

J'ai mis trois onces de ce sirop dans un flacon, dont les deux tiers de la capacité restaient vides ; j'ai adapté à ce flacon un bouchon de liége, muni d'un tube capillaire ; je l'ai laissé dehors, exposé à toutes les températures, tantôt au soleil, tantôt à l'ombre, pendant sept à huit mois ; il n'a pas fermenté, il a moisi à la surface, et, pendant les trois premiers mois, il s'en est dégagé une odeur analogue à celle de l'hydrogène obtenu de la décomposition de l'eau par le fer.

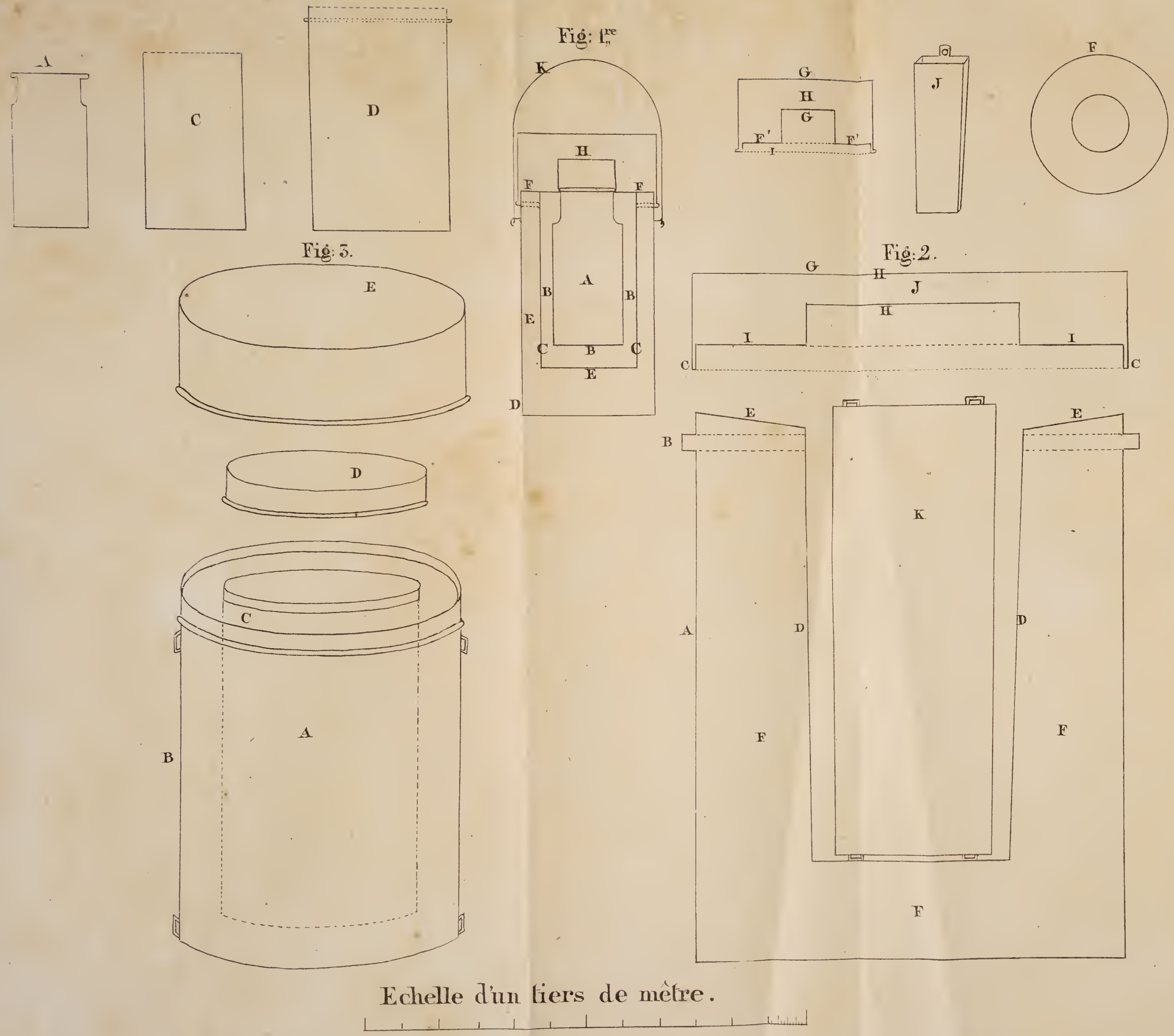
TABLE.

Acéphalocystes développées dans l'abdomen et sorties par l'ombilic, par M. *Pingault*. 28
Analyse des travaux de la Société pendant l'année 1835, par M. *Orillard*. 3
Chéiloplastie, notes et observations, par M. *Gaillard*. 23
Croup ou laryngo-trachéite, par M. *Quotard*. . . 49
Glace : de sa production artificielle et de son transport pendant les chaleurs, par M. *Malapert*. 77
Introduction, par M. *Orillard*. 1
Luxation compliquée de l'extrémité inférieure du radius, par M. *Pingault*. 38
Pneumonie : inflammation de l'estomac, et emploi du tartre stibié, à haute dose, par M. *Barilleau*. . . 32
Monstruosité, par M. *Orillard*. 34
Scrofules : leur nature et leur traitement, par M. *Ribault*. 63
Syphilis : rapport sur les questions proposées par la section de médecine de Nantes. — Discussion et conclusions adoptées. 7
Staphylôme partiel de la cornée, par M. *Gaillard*. . 20
Tumeur abdominale du poids de 39 kil., par M. *Arlin*. 46

FIN.

ERRATA.

Pag. 6, lig. 14. Au lieu de : *tricharides ; lisez :* trichurides
Pag. 11, lig. 29. Au lieu de : *membre ; lisez :* nombre.
Pag. 21, lig. 19. Au lieu de : *Richeter ; lisez :* Richter.
Pag. 31, lig. 4. Au lieu de : *rouillée ; lisez :* miellée.



Bulletin de la société de médecine de Poitiers — N.° 1.er 1835.

Lith. de Pichot, à Poitiers.